

REPÚBLICA DE COLOMBIA



JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO ORAL
DEL CIRCUITO DE CALI

SENTENCIA No. 051

Santiago de Cali, abril dieciocho (18) de dos mil veinticuatro (2024)

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTES: OLIVIA MUÑOZ DE CALERO Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA E.S.E.
RADICACIÓN: 76001-33-33-007- 2018-00032 -00

I. OBJETO DEL PRONUNCIAMIENTO

Procede el despacho a dictar sentencia en primera instancia dentro del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 del C.P.A.C.A., el cual fue ejercido a través de apoderado judicial por **OLIVIA MUÑOZ DE CALERO, ERMIDES ANTONIO CALERO MUÑOZ, MARTA CECILIA CALERO MUÑOZ, OSCAR ENRIQUE CALERO MUÑOZ, DIEGO MAURICIO CALERO MUÑOZ, HEYDY VANESSA CALERO CORREA, EDDIE ALBERTO GOMEZ CALERO, MAYRA ALEJANDRA GÓMEZ CALERO, OSCAR ENRIQUE CALERO SAAVEDRA** quien actúa en nombre propio y en representación de los menores **KARLA MARIZAT CALERO GARCÍA** y **EMMA NICOLE CALERO MONCAYO** en contra del **HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA E.S.E.**

II. LA DEMANDA

PRETENSIONES

Que se declare administrativa y patrimonialmente responsable al HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO DE PALMIRA E.S.E., por los perjuicios inmateriales presuntamente causados a los demandantes, como consecuencia de la falla en la prestación del servicio médico brindado al señor JORGE AURELIO CALERO ZÚÑIGA, lo que desencadenó su deceso el 27 de febrero de 2017.

Como consecuencia de la anterior declaración, se condene a dicha entidad al pago de 100 smlmv a favor de cada uno de los demandantes por concepto de perjuicios morales.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS RELEVANTES

1. El 30 de enero de 2017 el señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga ingresó al Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira E.S.E., por causa de dolencias en cadera, hombro y rodillas.
2. El 31 de enero de 2017 el médico tratante solicitó examen de VIH sin contar con consentimiento previo del paciente.

3. El 2 de febrero de 2017 se obtuvo resultado positivo del examen de VIH, siendo con ello motivo de comentarios y burlas de terceros y de algunos funcionarios del hospital, donde iniciaron tratamientos diversos para el manejo de neuroinfección con antibióticos de amplio espectro.

4. El 4 de febrero de 2017 le practicaron una punción lumbar, cuyo líquido se observó turbio, sobre el cual le practicaron exámenes para determinar si tenía meningitis bacteriana, pero el resultado más adelante descartó dicho diagnóstico.

5. El 8 de febrero de 2017 se obtuvo el resultado de uno de los exámenes practicados – TEST de ADA, resultando positivo para tuberculosis. Igualmente, se sospechó de tumores malignos en la columna, por lo que el médico tratante solicitó exámenes específicos determinantes de cáncer.

6. El 9 de febrero salió el segundo resultado de la prueba de Elisa para VIH, esta vez negativo, por lo que se ordenó examen de WESTERN BLOT para confirmar resultados.

7. El 10 de febrero salió el resultado del antígeno carcinoembrionario: 15,71 ng/ml, cuyos valores específicos de referencia tienen un rango de 0,0 ng/ml a 2,5 ng/ml, lo que pudo indicar en ese momento que el paciente tenía cáncer y no VIH.

8. El 15 de febrero se tomó la muestra para el examen de WESTERN BLOT para confirmar o descartar VIH.

9. El 23 de febrero el infectólogo emitió concepto indicando que los resultados obtenidos son difusos y no son claros, dudando de los valores obtenidos de las pruebas de Elisa para VIH positivo, por lo que indicó que era necesario realizar la prueba de WESTERN BLOT para confirmar resultados.

10. El 27 de febrero de 2017, el señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga falleció sin un diagnóstico definido y sin los resultados de los exámenes que le hubieran descartado o confirmado la enfermedad inmunosupresora.

11. El 6 de marzo de 2017 se obtuvo el resultado de la prueba de WESTERN BLOT indicando debía repetirse de 20 a 30 días, lo que era imposible de hacer debido al fallecimiento del paciente.

12. Ese mismo 6 de marzo la señora Mayra Alejandra Gómez Calero, nieta del fallecido, elevó queja formal ante el hospital accionado por el servicio prestado, considerando que durante todo el tiempo que estuvo hospitalizado su abuelo fue objeto de burlas y comentarios por su supuesta condición de portador de VIH.

13. La mencionada nieta del fallecido manifiesta que el resultado de WESTERN BLOT se había generado en días anteriores, pero fue ocultado por la entidad, pues en repetidas ocasiones lo solicitó y le respondían que no lo encontraban, por lo que debió solicitarlo directamente al laboratorio que lo realizó, examen que resultó indeterminado.

FUNDAMENTOS JURÍDICOS

La demanda se funda en las siguientes disposiciones: Constitución Nacional preámbulo y artículos 1, 2, 5, 6, 11, 48, 49, 90, 123 y 124; CPACA artículo 140, Ley 446 de 1998, Ley 640 de 2001; Ley 599 de 2000 artículos 1 y 4; Ley 65 de 1993 artículos 5, 6, 10 y 106; Ley 1122 de 2007 artículo 14.

Adujo la demanda que el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira E.S.E. realizó una mala praxis sobre la humanidad del señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga, consistente en diagnosticar y tratar el virus de inmunodeficiencia humana adquirida VIH, dejando de lado el verdadero diagnóstico que era cáncer, el que finalmente acabó con su vida. Señaló que ello constituye una pérdida de oportunidad ampliamente desarrollada por la jurisprudencia, refiriéndose al yerro que se comete cuando quien se encuentra en una posición de garante como lo estuvo el hospital accionado, diagnostica de manera errada al paciente quitando la posibilidad de mejorar hasta el punto de su deceso.

III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

- El demandado HOSPITAL RAÚL OREJUELA BUENO DE PALMIRA E.S.E.¹

Dentro del término legal, se opuso a las pretensiones de la demanda y se pronunció frente a cada uno de los hechos, indicando que es cierto que el paciente adulto mayor ingresó al hospital el 30 de enero de 2017, con sintomatología inespecífica osteoarticular con posibilidad de artrosis y/o artritis.

Indicó que el hecho segundo es cierto y que el consentimiento informado no es obligatorio ni necesario, ya que ante el cuadro referido por el paciente, su edad avanzada y verificados los exámenes paraclínicos que arrojaron respuesta leucocitaria con rayos x de hombro, cadera y rodilla izquierda negativos, sumado a que presentaba PCR (técnica de biología molecular) elevada y leucocitosis (aumento del número de leucocitos en la sangre circulante), con antecedente de traumatismo lumbar de 20 días previos a la hospitalización, asociado a la documentación de caquexia (alteración profunda del organismo que aparece en la fase final de algunas enfermedades, que se caracteriza por desnutrición, deterioro orgánico y gran debilitamiento físico), era necesario activar inmediatamente el protocolo institucional de prevención en salud pública, por lo que, en primer lugar se debía descartar la presencia de procesos degenerativos y practicar la prueba del VIH.

Señaló que no es cierto el hecho tercero, pues según la documentación aportada, los exámenes de inmunología practicados al señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga son del 31 de enero de 2017 y no del 2 de febrero. Resaltó que para arrojar el resultado positivo el examen fue confirmado por la práctica de dos diferentes pruebas de inmunocromatografía de flujo lateral para la diferenciación de anti HIV 1/2, los que se aportaron con la demanda.

Añadió que es totalmente falso que debido al resultado de los exámenes se hayan presentado actos de burla y comentarios, puesto que el personal asistencial del hospital está altamente

¹ Pág. 188 a 195, archivo 01, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

capacitado para brindar el correspondiente manejo asistencial, con un trato digno, ético y humanizado, y con estrictos protocolos de confidencialidad frente a las patologías de los pacientes.

Refirió que había sospecha de una neuroinfección (cuadro muy importante dentro de la salud, no tanto por su frecuencia, sino por su gravedad y pronóstico, ya que un alto porcentaje se recupera con secuelas neurológicas) en el paciente, ante lo cual se inició inmediatamente protocolo de estudios y plan de manejo con el debido ordenamiento de quimioprofilaxis (administración de una sustancia química, incluidos los antibióticos, para prevenir la aparición de una infección, evitar que una infección evolucione hasta un cuadro de enfermedad activa y manifiesta, eliminar el estado de portador de un agente infeccioso específico). Todo con el propósito de mejorar sus condiciones de salud, evitar la transmisión a otras personas y que enfermen a sus contactos, procedimientos que hacen parte de los protocolos de prevención en temas de salud pública.

Afirmó que no es cierto el hecho cuarto, el cual queda desvirtuado porque la punción lumbar se realizó el día 3 de febrero de 2017 y no el día 4. Está probado que los procedimientos idóneos para el caso médico fueron practicados con prontitud y agilidad, y dicho examen era necesario ante la sospecha clínica de neuroinfección.

Manifestó que el hecho quinto es cierto y que los paraclínicos solicitados eran necesarios para descartar o confirmar diagnósticos específicos; se reportó el test de ADA positivo, con el cual se detectó además el diagnóstico de tuberculosis meníngea (infección de los tejidos que recubren el cerebro y la médula espinal o meninges), siendo acorde con los procedimientos anteriores en razón a la presencia de una neuroinfección.

No es cierto el hecho sexto, ya que el examen se solicitó el 7 de febrero y no el 9. El examen de Wester Blot es la prueba confirmatoria para el diagnóstico de una infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida.

El hecho séptimo es parcialmente cierto en cuanto a que el 10 de febrero se arrojó el resultado de del CEA (Antígeno Carcino Embrionario) positivo, sin embargo, es falsa y errada la interpretación que la parte actora da frente al caso médico, al aseverar que el paciente padecía de cáncer mas no de VIH, siendo lo verdaderamente cierto que el estado de salud del señor Calero Zúñiga era grave, toda vez que padecía de múltiples enfermedades entre las que se menciona el cáncer, diagnóstico confirmado con la práctica del examen CEA. Innegablemente existía una coexistencia del cáncer con el virus del VIH, ya que este último es un factor precursor para el cáncer y de ninguna manera es un elemento excluyente, como lo mal interpretan los demandantes.

Refirió que es cierto el hecho octavo referente a la toma del Western Blot, la cual está indicada para corroborar el diagnóstico de VIH de acuerdo con las guías de práctica clínica actuales.

El hecho noveno es parcialmente cierto. De acuerdo con el concepto del especialista en infectología se solicita de manera oportuna y adecuada la toma del examen Western Blot.

Manifestó que no es cierto el hecho décimo, pues contrario a lo manifestado por la parte actora, el hospital tiene plena seguridad que el paciente falleció por las condiciones propias del huésped del virus VIH, el que actuó como un factor precursor o promotor de las demás enfermedades padecidas por éste, a quien se le realizaron los estudios de extensión para descartar proceso de inmunosupresión de acuerdo con la guía de práctica clínica del paciente con infección por el virus de inmunodeficiencia. La prueba confirmatoria para el diagnóstico del VIH se solicitó y se practicó de manera oportuna, sin embargo, el paciente falleció antes del resultado.

Señaló que el día 6 de marzo de 2017, se reportó el resultado de la prueba confirmatoria para VIH con la recomendación de repetirse, debido a la interpretación de indeterminado de la prueba, lo que no fue posible porque el paciente ya había fallecido por sus condiciones y estado de inmunosupresión asociado a la edad avanzada. Indicó que el hospital jamás ha ocultado el resultado reportado el 6 de marzo de 2017.

Destacó que el resultado de la prueba jamás dio negativo, lo que hace que el último resultado sea el vigente para todos los efectos médicos, entre otros. Dicha prueba fue realizada por el laboratorio del hospital con todo profesionalismo para arrojar el resultado del examen, el cual se llevó a cabo con la práctica de dos diferentes pruebas de inmunocromatografía de flujo lateral.

Finalmente, refirió que la atención médica prestada al paciente fue oportuna y adecuada, se ordenaron los exámenes de laboratorio y se practicaron los demás estudios para detectar sus patologías, las cuales como resultado de ellos fueron identificadas plenamente y se inició el plan y tratamiento conforme a los resultados obtenidos. Está demostrado que el paciente padecía múltiples enfermedades, que posiblemente fueron originadas por el debilitamiento de su sistema inmunológico a causa del virus huésped que lo aquejaba (VIH), virus que fue un factor precursor de las demás enfermedades que coexistían en su cuerpo y que de ninguna manera eran excluyentes entre sí, sumado a su avanzada edad (83 años), hicieron que el desenlace final fuera su fallecimiento, el que jamás fue resultado directo ni indirecto de la atención y proceder médico brindado: No hubo falla en la prestación del servicio médico por acción u omisión o falta de pericia del personal médico, ni existe nexo causal entre la atención brindada y la muerte del paciente.

Propuso las excepciones de inexistencia de culpa o falla del servicio, inexistencia de nexo causal entre la conducta del personal médico del hospital y la muerte del paciente y la innominada.

- La llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA²

Contestó oportunamente la demanda y el llamamiento, oponiéndose a la prosperidad de sus pretensiones con base en lo siguiente:

Frente a la demanda, dijo que en la historia clínica del paciente se aprecia una actuación diligente, cuidadosa y oportuna del cuerpo médico del hospital demandado, pues le realizaron una serie de exámenes dirigidos a obtener un diagnóstico completo y le brindaron los tratamientos necesarios e idóneos para atender su estado de salud, de acuerdo con los resultados de tales exámenes,

² Pág. 78 a 128, archivo 02, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

cuyos tratamientos se emplearon siguiendo los protocolos aplicables a la materia para tratar tuberculosis y VIH.

Señaló que al paciente se le practicó la prueba de Elisa inicial con resultado positivo y la prueba de Elisa secundaria que arrojó negativo, por ese motivo y actuando diligentemente y conforme a los protocolos médicos aplicables, se ordenó practicar el examen Western Blot con el objetivo de confirmar el diagnóstico inicial y eliminar cualquier margen de error, lo que demuestra el actuar diligente del personal médico e impide declarar cualquier tipo de responsabilidad en cabeza del hospital. Indicó que, sin perjuicio de la confirmación posterior del examen, el paciente se encontraba en tratamiento con antibióticos de alto espectro y quimioprofilaxis.

Adujo que no es cierto que a través del examen practicado el 10 de febrero de 2017, se pudiera inferir que el paciente sufría de cáncer y no de VIH, al contrario, este último es un factor precedente de los padecimientos cancerígenos, es decir, se encuentran correlacionados y no excluidos. Además, se realizó el examen indispensable para determinar la existencia del antígeno cancerígeno, el que efectivamente se comprobó.

Tampoco es cierta la afirmación referente a que el paciente no padecía VIH y que falleció sin un diagnóstico definido, pues en varios fragmentos de la historia clínica quedó documentado ese padecimiento.

Solicitó denegar las pretensiones, pues no hay prueba que demuestre que haya existido alguna falla médica durante la atención, y, por el contrario, el hospital acreditó la pericia y diligencia con la que obró durante toda la atención que brindó al paciente, sin que haya nexo causal entre esta y la muerte de aquel, la que fue causada exclusivamente por las enfermedades que padecía, sumado a que su edad avanzada incrementaba el riesgo de muerte.

Formuló las excepciones de inexistencia de falla médica y de responsabilidad, las obligaciones médicas son de medio y no de resultado, inexistencia del nexo causal entre la muerte del paciente y la actuación del hospital, improcedencia de reconocimiento de perjuicios por pérdida de oportunidad y tasación del daño moral exorbitante.

Respecto al llamamiento, señaló que el anexo 0 de la póliza de seguro no presta cobertura temporal para los hechos objeto del litigio, toda vez que se contrató bajo la modalidad de claims made, cláusula que opera bajo la condición de que la reclamación se haya efectuado durante la vigencia del anexo 0, es decir, entre el 28 de febrero de 2016 y el 28 de febrero de 2017, y en este caso la reclamación se efectuó el 18 de enero de 2018 cuando se llevó a cabo la audiencia de conciliación, y si se tuviera en cuenta la fecha en que se radicó la solicitud de conciliación o cuando la nieta del paciente presentó queja ante el hospital, también estaría por fuera de la fecha de cobertura. Además, el contrato de seguro tampoco presta cobertura por cuanto no ha ocurrido el riesgo amparado, pues no se ha configurado ni la falla del servicio imputada a la accionada ni el nexo causal.

Propuso las excepciones denominadas falta de cobertura del anexo 0 de la póliza, inexistencia de obligación a cargo de la compañía aseguradora, exclusiones de cobertura pactadas en la

póliza, observancia del principio de congruencia, carácter meramente indemnizatorio de los contratos de seguro, se debe tener en cuenta el valor asegurado establecido en el contrato, así como el deducible pactado, y la innominada.

IV. TRÁMITE DE LA DEMANDA

Admitida la demandada y surtida la notificación a la entidad demandada y a la llamada en garantía, se citó a audiencia inicial en la que se decretaron las pruebas solicitadas por las partes. Una vez practicadas, por auto del 21 de octubre de 2022 se cerró el debate probatorio y se dispuso que los alegatos de conclusión fueran presentados por escrito.

V. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

- Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira³

Sustentó sus alegatos en que, conforme a la prueba documental, testimonial y pericial recaudada en el proceso, está demostrada la inexistencia de nexo causal entre la muerte del señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga y la atención médica brindada en el hospital, al igual que quedó desvirtuada la supuesta mala praxis médica y falla en el servicio médico planteada.

Desde el punto de vista médico quedó probado que, pese a los esfuerzos del hospital en favor del paciente, quien presentaba un estado de salud complejo a su ingreso y padecía de múltiples comorbilidades en estado avanzado, éste lamentablemente falleció, pero su deceso no tiene causa conexas y directa con dicha atención médica, lo que se puede concluir a partir del informe pericial de medicina legal, cuyas conclusiones plasmó en el escrito. Señaló que el paciente, cuya muerte se debió a su condición de salud y comorbilidades, tenía escasas posibilidades de sobrevivir, como lo definió el dictamen pericial.

El hospital actuó con profesionalismo e idoneidad, brindando una atención ajustada a la lex artis, de manera oportuna, adecuada y eficaz en el marco del nivel de complejidad para la época - nivel I y II en ciertos casos; ordenó los exámenes de laboratorio del caso, realizó valoraciones por especialista y agotó otros estudios para detectar las patologías del paciente, y una vez obtuvo los resultados de laboratorio, ayudas diagnósticas, exámenes físicos y de rayos x, definió la conducta médica con un plan y manejo oportuno y adecuado, los cuales están contenidos en la historia clínica.

Señaló que, de acuerdo con los testimonios y el informe pericial practicados en el proceso, cuyas conclusiones transcribió en su escrito, quedó comprobado que el hospital obró de manera oportuna en cuanto a los trámites administrativos de remisión a un nivel superior de atención y que los factores que hicieron que la remisión del paciente no se lograra, no son atribuibles al hospital, pues por ministerio de la ley esa es una potestad exclusiva de las EPS. En consecuencia, solicitó denegar las súplicas de la demanda.

³ Archivo 44, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

- Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa⁴

La llamada en garantía fundamentó los alegatos de conclusión en que no se demostró los elementos de la responsabilidad que se le imputa al hospital demandado, ya que con la historia clínica, los testimonios de los doctores Oscar Andrés Ruiz, María Nelcy Espitia y Juan Pablo Tehejen, y la prueba pericial practicada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forense, de las que transcribió algunos apartes, se logró demostrar que la atención brindada al señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga fue oportuna, diligente y ajustada a los parámetros que exige la lex artis para el tratamiento de las patologías con que arribó a la institución (tuberculosis meníngea, VIH y neoplasia metastásica), siendo evidente que desde su ingreso estaba en muy malas condiciones generales y que falleció debido a las complicaciones de dichas patologías que se encontraban en fase terminal, no por causas atribuibles al manejo médico que se le prodigó.

Solicitó tener por sentada la carencia de una conducta dañosa imputable al hospital demandado, más aún cuando no existe ninguna prueba objetiva de la falla médica que pretende estatuirse en contra de dicho extremo, y en tal sentido, resulta inocuo pretender establecer un nexo de causalidad entre sus actuaciones y el daño alegado.

Reiteró que el contenido obligacional que conlleva el servicio médico es de medio y no de resultado.

En cuanto a los perjuicios reclamados manifestó que al no encontrarse acreditada la responsabilidad que pretendió atribuirse al extremo pasivo, resulta inviable condenarla a pagar los rubros solicitados, los que, en todo caso no están probados en el proceso y fueron tasados por fuera de los límites establecidos por el Consejo de Estado.

Señaló que no se reúnen los elementos de la pérdida de oportunidad, ya que el paciente no tenía una expectativa legítima que de diagnosticarse el cáncer pudiera sobrevivir a las graves patologías que lo aquejaban, pues estas eran de tal entidad que lo más esperado era su lamentable muerte. Solicitó en consecuencia, denegar las pretensiones de la demanda.

Frente al llamamiento en garantía, manifestó que está demostrada la falta de cobertura temporal de la póliza utilizada como fundamento del mismo, pues aunque los hechos objeto de la demanda contra el hospital ocurrieron después de la fecha de retroactividad pactada, estos fueron reclamados por escrito y por primera vez al asegurado el 21 de noviembre de 2017, momento para el cual la póliza no se encontraba vigente, pues su vigencia culminó el 28 de febrero de 2017, por lo que no podría afectarse dicho contrato de seguro. Que, además, no se realizó el riesgo asegurado, esto es, la realización del hecho dañoso imputable al asegurado y reiteró los demás argumentos planteados en la contestación.

- Parte demandante⁵

Manifestó que el señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga fue diagnosticado erróneamente con VIH y que el médico le practicó la prueba sin previa autorización suya o de sus familiares. Adujo tener

⁴ Archivo 46, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵ Archivo 48, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

claro que bajo algunas circunstancias se puede realizar sin consentimiento informado, en casos urgentes y cuando la vida del paciente esté en riesgo.

Indicó que, pese a que el dictamen pericial concluyó que la entidad realizó todos los protocolos adecuados y que no vulneró ningún derecho al hacerlo, no indicó nada acerca del consentimiento informado cuando se va a realizar la prueba del VIH a un paciente, hecho que debió ser advertido en el registro de pacientes por motivos de salud pública que son de interés nacional.

Sostuvo que ninguno de los familiares fue entrevistado ni siquiera su esposa, quien era la más interesada en saberlo por obvios motivos de posible contagio, hecho que en ningún momento fue advertido para determinar la posible cadena de contagios; no le interesó a la entidad demandada realizar los protocolos previstos por contagio del virus.

Está demostrado que el cáncer detectado posteriormente fue el real motivo del deceso y que ya en su etapa terminal era irresistible. También se demostró que el paciente fue diagnosticado erróneamente y tratado con medicamentos equivocados como los llamados retrovirales que pudieron acelerar su muerte, y aunque esta también era irresistible, se produjo en condiciones contrarias a la dignidad humana, pues está acreditado que la nieta del paciente había elevado una queja por el trato humillante que recibió su abuelo y que en varias ocasiones le tocó bañarlo y vestirlo por cuanto el personal que lo atendía pensaba que se iba a contagiar.

Comentó que en la historia clínica se puede observar que hubo dilaciones injustificadas tanto por parte de la entidad como de la EPS, poca diligencia en la toma de exámenes para determinar si en realidad el paciente tenía VIH, resultado que llegó tardíamente y que la demandada no hizo las gestiones necesarias para obtenerlos.

Refirió que el dictamen pericial indicó una dilación injustificada por parte de la EPS EMSSANAR, pero la entidad accionada no hizo más que solicitar el traslado del paciente a nivel superior una sola vez.

Finalmente, manifestó que la muerte del paciente era inminente, pero no por VIH, cuyo diagnóstico errado fue por una suposición del médico de turno, el cual resultó positivo en primera instancia e indeterminado en una segunda muestra. Luego, con un examen más especializado fue diagnosticado con cáncer, pero ya no fue posible realizar ningún tipo de tratamiento paliativo por su deceso, el cual no ocurrió en condiciones dignas, pues antes tuvo que soportar terribles dolores.

La representante del **Ministerio Público** no emitió concepto⁶.

Surtido el trámite de rigor, procede este Juzgador a desatar la controversia que plantea esta litis, previas las siguientes:

VI. CONSIDERACIONES

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

⁶ Constancia Secretarial visible en el archivo 49, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

La parte actora pretende la declaratoria de responsabilidad administrativa del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira – Valle y el respectivo reconocimiento de perjuicios morales, como consecuencia de una presunta falla en la prestación del servicio médico brindado al señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga, la que se hace consistir en un error de diagnóstico y tratamiento que desencadenó su deceso el 27 de febrero de 2017.

En caso de verificarse responsabilidad con respecto a la entidad demandada, deberá el Despacho determinar si a la llamada en garantía le asiste alguna obligación respecto de la eventual condena.

Advierte la instancia que las excepciones formuladas por el extremo pasivo son de aquellas que atacan el fondo de la litis, por lo cual se resolverán al desatar el asunto sin que requieran pronunciamiento adicional.

2. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL DEL ESTADO – GENERALIDADES

La Constitución Política de 1991 consagró expresamente la responsabilidad patrimonial del Estado por los daños antijurídicos que se ocasionen por la acción u omisión de las autoridades públicas, así como la posibilidad que tiene el Estado de repetir el valor de la condena que le sea impuesta, contra el servidor público que hubiese obrado en forma dolosa o gravemente culposa.

Es así como dispone: *Art. 90 “El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente, aquél deberá repetir contra éste”.*

Dicha disposición fue desarrollada por el artículo 140 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, consagrando el medio de control de reparación directa en los siguientes términos:

"Artículo 140. Reparación directa. En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma.

Las entidades públicas deberán promover la misma pretensión cuando resulten perjudicadas por la actuación de un particular o de otra entidad pública.

En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño”.

En observancia de los presupuestos subsumidos en el precepto transcrito, en resumen, la responsabilidad extracontractual del Estado surge de la causación de un daño antijurídico que sea imputable o atribuible a alguna entidad o autoridad pública, sin perjuicio de que la actividad

desplegada por la administración sea lícita o no; daño que debe consistir en el menoscabo de un interés particular jurídicamente tutelado, que se torna antijurídico en la medida en que el afectado no esté en el deber de soportarlo.

La imputación consiste en la atribución fáctica y jurídica de tal daño al Estado, y esa atribución podrá tomar distintas formas e igual distintos requisitos, en función de que la imputación del hecho que produce el daño se realice de acuerdo con los títulos que legal, jurisprudencial y doctrinariamente se conocen: un daño especial, la concreción de un riesgo excepcional, la falla del servicio, entre otros.

En tal virtud, conforme al texto mismo de las disposiciones previamente citadas se desprende, así como lo ha precisado la jurisprudencia, que para que pueda imputarse responsabilidad al Estado deben reunirse tres elementos: una actuación o una omisión de una entidad estatal o de un particular que sigue las instrucciones de autoridades públicas, un daño antijurídico y una relación de causalidad entre los dos anteriores.

3. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE

En relación con el régimen de responsabilidad aplicable a eventos en los que se alega falla del servicio con ocasión de la prestación del servicio médico, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha expresado:

*“Según lo dicho por la Sala, el elemento esencial de la responsabilidad en materia médica es la obligación que rige la praxis médica -deber funcional-, de la cual surge el contenido prestacional al que están sometidas las entidades demandadas. Sobre este aspecto, la Sala no puede pasar por alto que, siguiendo lo dicho tanto por la doctrina como por la Corporación y teniendo en cuenta que **la actividad médica no es una actividad infalible sino una ciencia probabilística basada en hipótesis, cuyo ejercicio está sorteado por factores aleatorios, a los profesionales de la salud no se les puede exigir el deber de acertar matemáticamente en el diagnóstico o tratamiento adecuado**, por lo que la falla en el servicio, objeto de censura, no es el hecho de que el personal médico no acierte en la ruta terapéutica en orden a mitigar o superar la patología, sino el que por su negligencia e impericia no agote todas las previsiones que la *lex artis* sugiere a efectos de atemperar los males sufridos por los pacientes”⁷.*

En otra oportunidad la Corporación explicó:

“28. Tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia constante de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que le incumbe al Estado se debe analizar bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello conlleva, el nexo de causalidad puede acreditarse de diversas maneras, en especial mediante la utilización de indicios, que no en pocas ocasiones constituye el único medio probatorio que permite establecer la presencia de la falla endilgada.

29. En este sentido quien demanda la responsabilidad médico asistencial, debe acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos.

Al respecto, la Sección Tercera del Consejo de Estado ha indicado que, en relación con la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás

⁷ CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN “B”, Consejero ponente: RAMIRO PAZOS GUERRERO - Bogotá D. C., doce (12) de octubre de dos mil diecisiete (2017) - Radicación número: 66001-23-31-000-2005-01021-04(42803).

pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño ocasionado, tal como ya se indicó.

30. Cabe agregarse que, tratándose de la responsabilidad por actos médicos, la doctrina y la jurisprudencia extranjera han admitido escenarios en los cuales es preciso que operen sistemas de valoración de la falla del servicio con menor rigurosidad, sin que esta circunstancia desplace la connotación subjetiva de la responsabilidad por el acto médico a objetiva, salvo algunos ámbitos en los cuales será posible predicarla bajo la égida del título objetivo de riesgo excepcional, cuando se emplean cosas o actividades peligrosas que son las que irrogan directamente el daño, desligadas del acto médico.

31. Adicionalmente, cabe recordar que, en materia de responsabilidad médica, al Estado se le exige la utilización adecuada de todos los medios técnicos y profesionales de que está provisto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; por el contrario, si el daño ocurre pese a su diligencia no podrá quedar comprometida su responsabilidad, pues en este tipo de eventos la responsabilidad del Estado es de medio y no de resultado⁸

De acuerdo con los pronunciamientos precedentes, se tiene entonces que en términos generales los litigios en que los se alegue una responsabilidad médica se rigen por el régimen de la falla probada del servicio, debiendo entonces el extremo activo de la litis acreditar la concurrencia de los tres elementos que la configuran: la falla en el acto médico, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre estos dos elementos; siendo admisible la prueba indiciaria debido a la dificultad de pruebas directas en esta materia.

Cabe precisar que si bien lo referente a la organización y funcionamiento del servicio hospitalario, y lo que atañe al acto médico y quirúrgico, parten de una misma actividad y propenden por la misma finalidad (la prestación del servicio de salud), son diferentes, pues los primeros envuelven la prestación del servicio de exámenes y de hospitalización entre otros, mientras que los segundos hacen referencia a los diagnósticos y a los procedimientos en los que tienen directa aplicación los conocimientos científicos y técnicos de la ciencia de la medicina.

Pues bien, en razón de las circunstancias fácticas por cuya causa acuden los actores a demandar en este proceso, estima el despacho que la responsabilidad de la aquí demandada, a raíz de los hechos relatados en la demanda, habrá de evaluarse conforme a la falla probada del servicio, y en específico bajo la óptica de la falla en el diagnóstico, en tanto se alega una mala praxis médica consistente en diagnosticar y tratar erradamente el virus del VIH, cuando el verdadero diagnóstico del paciente era cáncer, lo que en criterio del extremo activo le quitó la posibilidad de mejoría.

Sobre este aspecto el Consejo de Estado señaló en sentencia de 29 de abril de 2019⁹:

“En materia de responsabilidad médica, “Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, el cual se convierte en uno de los principales aspectos de la actividad médica, como quiera que los resultados que arroja permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico”¹⁰.

Para tales efectos, se tiene que “Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociados, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el

⁸ Consejo de Estado - Sección Tercera – Subsección “A”, sentencia del 12 de diciembre de 2022 C. P. José Roberto Sáchica Méndez. Exp. 59.776

⁹ Consejo de Estado – Sección Tercera, Radicación número: 19-001-23-31-000-2003-00091-01(44108), Consejero ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS.

¹⁰ Cita original del texto transcrito: VASQUEZ FERREIRA ROBERTO. “Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina”, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, pág. 78

*paciente*¹¹.”

Partiendo entonces de que se encuentra definido el título de imputación aplicable a este asunto, se reitera, la falla probada del servicio médico y específicamente en la actividad de diagnóstico, se impone verificar si se reúnen los elementos de responsabilidad propios de este régimen.

4. RECAUDO PROBATORIO

Historia Clínica¹²

De acuerdo con la historia clínica del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira, el señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga fue atendido en dicha institución entre los días 30 de enero a 27 de febrero de 2017, periodo dentro del cual se reportan las siguientes atenciones médicas:

- El señor Calero Zúñiga de 83 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del hospital demandado el 30 de enero de 2017¹³, en contexto de dolor lumbar, hombro y rodilla con antecedente de trauma 20 días antes por caída de caballo, con posterior dolor lumbar que cedió parcialmente y reapareció posterior a nuevo trauma; ingresó con limitación para la marcha y desnutrición, sugiriéndose los diagnósticos de otras poliartrosis, radiculopatía y artrosis primaria de otras articulaciones, por lo que se solicitó radiografías de hombro izquierdo, cadera izquierda y rodilla izquierda, además, hemograma, PCR, ASTOS, factor reumatoideo, creatinina y uroanálisis, también se envió medicamento para manejo del dolor con dipirona.

Los exámenes radiológicos solicitados arrojaron resultados dentro de parámetros normales, pero el paciente persistía con limitación para la marcha por lo que se ordenó radiografía de columna lumbosacra ap y lateral, en la que se apreciaron cambios de espondiloartrosis, osteofitos, disminución de espacios intervertebrales, escoliosis L2-L3; el paciente persistía con dolor sin causa aparente que nacía en región lumbar, por lo que el médico tratante no descartó hernia discal, reiteró el diagnóstico de radiculopatía y solicitó valoración por ortopedia que se realizó el mismo 30 de enero¹⁴, encontrando el especialista que la radiografía de columna evidenciaba cambios degenerativos severos y la radiografía de rodilla cambios degenerativos, por lo que solicitó TAC de columna lumbar para aclarar diagnóstico y tratamiento a seguir y cita con sub especialista en reemplazo de rodilla.

En varios apartes de la historia clínica se repite la pérdida severa de peso del paciente definiéndola como caquexia o paciente caquético, la cual también se encontraba en estudio.

- Al día siguiente, 31 de enero¹⁵, se allegó reporte de los paraclínicos solicitados: hemograma con Leucos de 19900, Neutros 85%, Plaquetas de 367000, HB de 15, HTO de 46%; creatinina de 0.78 mg x dl; BUN de 32 mg x dl; PSA de 3.9; PCR de 20; factor reumatoideo de 8, uroanálisis normal – no patológico y antiestreptolisina negativo, de los cuales generó preocupación en el

¹¹ Cita original del texto transcrito: MOSSET ITURRASPE, JORGE: Responsabilidad Civil del Médico, Editorial Astrea, Buenos Aires, 1985, 1º reimpression, pág. 125 y 126.

¹² Pág. 41 a 114 del archivo 01; pág. 46 a 159 del archivo 03, archivos 22, 23 y 25, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

¹³ Pág. 46 a 49, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

¹⁴ Pág. 52 y 53, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

¹⁵ Pág. 49 y 50, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

médico el hemograma que mostraba alteración con leucocitosis, neutrofilia y granulaciones tóxicas, pero no encontraba otros signos de infección, no había taquicardia ni fiebre y no observaba claramente un foco infeccioso; se consideró que dichos cambios en el hemograma podían ser secundarios a su reacción alérgica a la dipirona, pero no se descartó por completo un proceso infeccioso, por lo que se solicitó estudios de radiografía de tórax para descartar foco pulmonar, VIH y serología, hemograma y PCR de control. Además, se ordenó hidratación con cristaloides ya que se encontró niveles de BUN elevados con respecto a los niveles de creatinina, manejo de proceso alérgico con esteroide y antihistamínico y manejo del dolor con acetaminofén y tramadol; se indicó estar a la espera de ecografía de abdomen.

- El 1 de febrero¹⁶ se reportó paraclínicos del 31 de enero: hemograma Leucos 24200, Neutrófilos 89.6%; estudio del VIH con resultado positivo y reporte de radiografía de tórax indicando que no se observan consolidaciones para pensar en proceso neumónico. Además, se registró que el paciente estaba presentando cambios de conducta con alucinaciones visuales, con leucocitosis sin foco aparente y no presentaba signos meníngeos, por lo que se consideró valoración prioritaria por medicina interna y/o familiar y se ordenó manejo farmacológico.

- El 2 de febrero¹⁷ se encontró, además del VIH positivo y pérdida progresiva de peso, una sospecha de meningitis, se indicó que el paciente cursaba con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica – SIRS por hemograma que muestra leucocitos en ascenso sin foco urinario ni pulmonar, además de cambios neurológicos, por lo que se sospechó la presencia de una neuroinfección, motivo por el cual el médico decidió hemocultivar; iniciar antibióticos de amplio espectro con cefepime, vancomicina y ampicilina para cubrimiento de espectro de gérmenes posibles dentro del enfoque de la neuroinfección; dexametasona; solicitó TAC cerebral simple de urgencia para la realización de punción lumbar; extendió estudios para niveles de CD3, CD4 y CD8, AG de superficie hepatitis c, anticuerpos para hepatitis c, IGM para toxoplasma; y reiteró la solicitud de valoración por medicina familiar. También se reportó resultado de ecografía de abdomen sin mayores alteraciones.

- Fue valorado por medicina familiar el día 3 de febrero¹⁸, encontrándose en regulares condiciones generales y crónicamente enfermo con igual dolor en zona lumbar y extremidades, con reporte de TAC cerebral simple en el que se visualizaron las cisternas basales, espacios subaracnoideos corticales y sistema ventricular ligeramente dilatados y no desplazados, tenue hipodensidad del parénquima periventricular, no se observan alteraciones significativas en la densidad del parénquima encefálico, no se reconocen colecciones intra ni extra axiales, impresión diagnóstica de leucoaraiosis.

Ese mismo día se le practicó punción lumbar y se tomó muestra para estudios de GRAM, citoquímico, TEST de ADA, cultivo, tinta china y VDRL; se elaboró cita por primera vez por parte de infectología; se decidió continuar igual manejo médico instaurado, a la espera de resultados de exámenes solicitados en días anteriores y de estos estudios para definir nueva conducta médica.

¹⁶ Pág. 50, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

¹⁷ Pág. 51 y 54, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

¹⁸ Pág. 54 y 55, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

- El 4 de febrero¹⁹ se obtuvo reporte de punción lumbar: citoquímico aspecto muestra xantocromico, PH 8, densidad 1020, glucosa 93, LDH 1577, proteínas totales 109.4, recuento de leucocitos 0, recuento hematies 15 no sugestivo de proceso infeccioso, GRAM LCR no se observan bacterias, coloración tinta china LCR negativo; se continuó igual manejo y se adicionó a tratamiento médico ivermectina para manejo de escabiosis y bisacodilo, a la espera de reporte de Western Blot para confirmar VIH.

- El 5 de febrero²⁰ el paciente se encontraba en tercer día de cubrimiento antibiótico para tratamiento de neuroinfección, con reporte de otros exámenes: AGS hepatitis B negativo y serología no reactiva. Se indicó que el paciente presentaba mejoría clínica y disminución de respuesta leucocitaria, y a pesar de que el reporte citoquímico no era concluyente de infección a nivel del sistema nervioso central - SNC, se decidió continuar igual manejo médico, ya que el manejo con antibióticos se inició previo a la realización de punción lumbar.

- El 6 de febrero de 2017²¹ se reportan hallazgos de escanografía de columna lumbosacra que muestra una lesión osteolítica con efecto de masa de tejidos blandos que compromete las vértebras L3 y L4, sugestiva según los hallazgos radiológicos de un proceso infiltrativo de tipo neoplásico probablemente secundario con foco primario sin identificar.

La historia de la fecha reporta que, adicional a esto al paciente se le documentó una respuesta inflamatoria por lo cual se tomaron estudios de rutina para buscar posible foco infeccioso, dentro de estos se documenta un examen VIH positivo pendiente de prueba confirmatoria; se inició cubrimiento antibiótico y se solicitó estudios para descartar meningitis, pero el estudio de LCR fue negativo para sospecha de infección bacteriana y dentro de los otros estudios no se identificaron focos infecciosos evidentes, el paciente no estaba tóxico y continuaba con síntomas de dolor, por lo que se consideró que la mayor probabilidad es que el paciente tuviera una lesión neoplásica metastásica a columna, sin embargo, por la descripción radiológica no se descartó que también hubiese un proceso de tipo colección o absceso, por lo que se solicitó concepto de ortopedia para evaluar al paciente y el estudio radiológico y descartar otras opciones diagnosticas.

Se indicó que, desde el punto de vista de su sospecha de VIH estaba pendiente la prueba confirmatoria y los cultivos de LCR para descartar el diagnóstico de meningitis, se decidió continuar manejo médico instaurado y que se definiría la continuidad de manejo antibiótico según el resultado de los cultivos descritos.

- El 7 de febrero²² el paciente continuaba con tratamiento antibiótico por posible sobreinfección, a la espera de valoración por infectología para definir inicio de tratamiento para patologías de base y comentar continuidad de antibiótico. Se encontró reporte de cifras tensionales elevadas, por lo que se inició manejo con enalapril tabletas 20mg cada 12 horas y manejo para dolor de origen neuropático con medicación; se solicitaron paraclínicos y estudios de control para valorar

¹⁹ Pág. 55 y 56, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁰ Pág. 56 y 57, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²¹ Pág. 57 y 58, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²² Pág. 58 y 59, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

evolución de leucocitosis y se indicó que según valoración de ortopedia se definiría remisión a neurocirugía.

- En valoración de medicina familiar del 8 de febrero²³, se consigna paciente en contexto de una meningitis en estudio, con reporte de cultivo para bacterias de líquido cefalorraquídeo negativo, sin embargo, el test de ADA en líquido cefalorraquídeo salió positivo, por lo que se consideró un diagnóstico de meningitis tuberculosa, se comentó con infectología considerándose solicitar estudio confirmatorio de PCR para micobacterias en líquido cefalorraquídeo, pero este no se procesaba en el laboratorio del hospital y debía ser remitido a nivel superior para realizarse, considerando ello y que el paciente tenía una alta sospecha del diagnóstico y que la remisión a otra institución podría tardar un tiempo, se determinó que el paciente debía iniciar tratamiento tetraconjugado para tuberculosis, lo cual fue explicado a la familia, quienes aceptaron el procedimiento a seguir.

Se inició 4 tabletas diarias de tetraconjugado para tuberculosis; se adicionó piridoxina 50 mg día; se solicitaron marcadores tumorales para verificar si había un foco primario que sugiera las lesiones encontradas a nivel de TAC de columna, alfafetoproteína, PSA, antígeno carcinoembrionario, y se suspendió manejo antibiótico instaurado ya que no había indicación del mismo al descartarse meningitis bacteriana.

El mismo día fue valorado por ortopedia y traumatología²⁴, especialidad que, conforme a los hallazgos de la escanografía de columna lumbosacra ya referida, determinó el alta de ortopedia para manejo en nivel IV de atención grupo de reemplazos articulares para artrosis de rodillas y manejo por cirugía de columna para lesión osteolítica a nivel L3 L4.

- El 9 de febrero²⁵ el paciente se encontraba en primer día de terapia de tetraconjugado para meningitis tuberculosa, con regular evolución clínica; pendiente de estudios ordenados. Por presentar síntomas respiratorios y movilización de secreciones se solicitó terapia respiratoria, cuya valoración se hizo en la misma fecha²⁶, y BK (bacilo de koch) de esputo para descartar tuberculosis pulmonar, cuya primera muestra se tomó ese mismo día²⁷.

- Para el día 10 de febrero²⁸ se solicitaron paraclínicos de control CH, PCR, creatinina, BUN y transaminasas; se inició terapia respiratoria de micronebulización²⁹; estaba pendiente lectura de tac de cráneo.

- El 11 de febrero³⁰ la historia da cuenta que familiar del paciente manifestó no haber podido recoger las otras dos muestras de BK; se revisó paraclínicos de control que muestran hemograma con aumento en respuesta leucocitaria, por lo que, ante deterioro clínico y respuesta inflamatoria se decidió reiniciar manejo antibiótico cefepime y vancomicina; se reinició dexametasona; se inició manejo con líquidos endovenosos y se solicitó BK en jugo gástrico.

²³ Pág. 59 y 60, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁴ Pág. 65 y 66, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁵ Pág. 60 y 61, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁶ Pág. 67 y 68, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁷ Pág. 66, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁸ Pág. 61 y 62, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

²⁹ Pág. 68, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁰ Pág. 62, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

- El día 12 de febrero³¹ se encuentra paciente con deterioro funcional, desorientado en tiempo, con soporte de oxígeno a 4 litros por minuto saturando 97% sin signos de dificultad para respirar, por lo cual se inició destete, quedó saturando al 95% con oxígeno por CN a 2 litros por minuto; se continuó con manejo médico intrahospitalario.

- El 13 de febrero³² la historia registra que se han realizado estudios de extensión por la sospecha del VIH, contando con una prueba de Elisa inicial positiva y una prueba de Elisa secundaria negativa, por lo que se solicitó un Western Blot confirmatorio que estaba pendiente; adicionalmente se tenía una IGG para toxoplasma positivo, pero aún no se contaba con Western Blot para definir criterios de toxoplasmosis en paciente inmunocomprometido; los marcadores tumorales reportaron una alfafetoproteína negativa y un antígeno carcinoembrionario positivo, por el cual se solicitó una colonoscopia³³ para complementar estudios iniciales para descartar origen neoplásico en otros sitios como hígado, pulmón o tiroides; dados los diagnósticos complejos y las múltiples comorbilidades se consideró que el paciente debía ser manejado en un nivel superior para manejo integral con cirugía de columna e infectología, medicina interna y ortopedia, por lo cual se inició trámite de remisión, se continuó con igual manejo médico instaurado.

Este día fisioterapia de cuidado crítico realizó micronebulización y se dieron recomendaciones para recoger la última muestra de BK.³⁴

- El 14 de febrero³⁵ el paciente continuaba en tratamiento tetraconjugado para tuberculosis meníngea, se reportaron resultados de estudios de carga viral menor de 40, CD3 536, CD4 332, CD8 228, relación CD4/CD8 1.4, IGM para toxoplasmosis negativo, IGG para toxoplasma positivo, lectura de TAC cerebral sin evidencia de lesiones cerebrales. En el momento paciente estable hemodinámicamente, con CH con leucocitosis más neutrofilia sin evidencia de proceso infeccioso de origen bacteriano, por lo cual se suspende manejo antibiótico, por el momento se consideró que la leucocitosis es por uso de esteroides, se solicitó RX de tórax de control, PCR, CH, electrolitos; está pendiente toma de colonoscopia y revalorar por infectología, se dejó constancia de inicio de trámite de remisión indicado por ortopedia y para manejo multidisciplinario.

- El 15 de febrero fue valorado nuevamente por fisioterapia en cuidado crítico³⁶ y por medicina familiar³⁷, indicándose seguir igual manejo médico instaurado. Revalorado en la misma fecha se encontró con dolor en el área genital y orina por goteo asociado a disuria, por lo cual se solicitó parcial de orina y urocultivo y se determinó que si había persistencia de dificultad para el vaciado urinario se sugería pasar sonda vesical; también presentaba dolor en reposo y a la palpación de ambos testículos sin presencia de edema y de signos inflamatorios, sin causa clara, se indicó estar atentos a evolución y según persistencia de dolor se sugería valoración por urología.

³¹ Pág. 63, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³² Pág. 63, 64 y 67, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³³ Orden y solicitud de autorización pág. 128 y 130, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁴ Pág. 69, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁵ Pág. 64, 65 y 67, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁶ Pág. 69, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁷ Pág. 23 y 24, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

Se comentó el paciente con EMSSANAR a través de médica auditora, quien refirió que se encontraba ingresado en la base de datos a espera de disponibilidad de cupo en los servicios solicitados.

- El 16 de febrero³⁸ llegó reporte de cuadro hemático con Leucos 18 y Neutros 90% con electrolitos con niveles dentro de la normalidad, con sospecha de posible foco infeccioso urinario, pendiente de parcial de orina y urocultivo, se ordenó colocar sonda vesical; se decidió continuar igual manejo médico instaurado, a espera de resultado de paraclínicos para definir conducta.

- El 17 de febrero³⁹ se registró paciente con una evolución clínica lenta y dependencia funcional, se sugirió que debía ser manejado por tres semanas con dexametasona amp x 4mg 1 amp cada 8 horas por tuberculosis meníngea con su tetraconjugado diario y se debía sospechar mal de Pott; por persistencia de dolor testicular se solicitó ecografía testicular como estudio de extensión; con reporte de parcial de orina negativo a la espera de urocultivo; se continuó con igual manejo médico.

- El 18 de febrero⁴⁰ se encontró al paciente con deterioro neurológico progresivo, por lo cual se ordenó realización de TAC de cráneo simple y contrastado de control. Se revisaron últimos paraclínicos del 15/02/2017 con desequilibrio H-E por lo que se solicitó set metabólico de control, igualmente, terapia física ya que el paciente presentaba desacondicionamiento físico por estancia hospitalaria prolongada.

- El 19 de febrero⁴¹ se obtuvo reporte de paraclínicos: Cloro 107 K 4.33 Cloro 133 CR 0.83 BUN 36.5, Hemograma Leucos 14.000 Neutros 95.1% HB 10.1 HCT 29.2 VCM 84.9, PLAQ 220.000, con descenso en respuesta leucocitaria, anemia microcítica hipocrómica. Pendiente remisión a nivel superior, ecografía testicular, colonoscopia, TAC de cráneo simple y contrastado y Western Blot.

- El 20 de febrero⁴² se adicionó al tratamiento haloperidol gotas y ante ausencia de deposiciones por más de 1 semana se decidió adicionar bisacodilo, en lo demás se decidió continuar con igual manejo médico instaurado ya que paciente se encontraba estable y sin signos de dificultad respiratoria. Llegó reporte de ecografía testicular que muestra atrofia del testículo derecho y presencia de quiste.

Ese mismo día el paciente fue valorado por psicología⁴³, encontrando que no estaba ubicado en tiempo ni espacio, tampoco estaba consciente, por lo que no se le mencionó el diagnóstico, sin embargo, se trabajó con familiar en psicoeducación respecto al diagnóstico de tuberculosis y código 2000, enfocándose en los cuidados del paciente y sus cuidadores.

- El 21 de febrero⁴⁴ se registra que el bisacodilo ordenado para ayudar con la deposición no ha funcionado; en el momento no se observó distensión abdominal ni dolor abdominal, pero si presencia de gases; se decidió continuar con igual manejo médico. Pendiente colonoscopia total

³⁸ Pág. 24 y 25, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

³⁹ Pág. 25 y 26, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁰ Pág. 26 y 27, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴¹ Pág. 27 y 28, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴² Pág. 28, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴³ Archivo 21, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁴ Pág. 29, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

para el jueves 23/02/17 previa preparación de colon, remisión a nivel de mayor complejidad para manejo con infectología y cirugía de columna, resultado de Western Blot, creatinina, BUN, electrolitos, PCR, CH solicitados anteriormente.

- En notas de enfermería del 22 de febrero⁴⁵ consta que ese día se le tomaron paraclínicos de control y en evolución de la misma fecha⁴⁶ se registró que la remisión a nivel superior aún no había sido posible dado que su EPS no había dado respuesta del sitio de remisión, por lo pronto se continuó con indicación de toma de colonoscopia, toma de TAC de cráneo simple y se solicitaron estudios de rutina, se continuó manejo profiláctico con TMS, fluconazol y manejo tetraconjugado para tuberculosis; se aumentó dosis de haloperidol dado que el paciente pudiera estar cursando por un delirium hiperactivo y se prescribió dosis única de midalozam endovenoso dado que no es colaborador y es requisito para poder realizar TAC cerebral.

- El 23 de febrero⁴⁷ se solicitó prueba de gases arteriales para descartar proceso hipóxico en sangre y se continuó igual manejo médico. Igualmente, fue valorada por infectología⁴⁸ donde se consideró que el TAC de columna era difuso, por lo que recomendó resonancia nuclear magnética de columna con contraste y según hallazgos tomar biopsia de las lesiones para estudios de BAAR, PCR, cultivos para micobacterias, citológicos y cultivos para gérmenes comunes para descartar presencia de patología no solo neoplásica sino infecciosa, dentro de las más frecuentes en esa zona es la tuberculosis; recomendó también repetir estudios de CD4 y carga viral para evaluar si hay errores en los resultados, ya que en su perfil inmunológico se evidenció nivel bajo de CD4 332, pero carga viral indetectable que para ese nivel de CD4 no era congruente; realizar Western Blot para confirmar o descartar VIH; resonancia nuclear magnética cerebral con gadolinio para determinar diagnóstico de tuberculosis meníngea y evaluar si hay evidencia de cambios del mismo VIH u otras infecciones del sistema nervioso central; sugirió tomar nueva punción lumbar para nuevos estudios descritos incluyendo citoquímico para ver si hubo cambio en las características del líquido LCR; tomar PPD; si hay RX de tórax que muestre alguna alteración y con BAAR de esputo negativo sugirió tomar FBC para lavado broncoalveolar y de este tomar BAAR, genexpert y cultivo de micobacterias; solicitar HTLV I/II virus que pueden producir sintomatologías semejantes y para descartar otras posibilidades de inmunosupresión fuera del VIH y sugirió revalorar por infectología.

- El 24 de febrero⁴⁹ se insistió en la necesidad y urgencia⁴⁹ de remitir al paciente a nivel superior 3-4 debido a sus diagnósticos y estado clínico que requerían estudios de alta complejidad, y entre tanto se lograba la remisión se decidió mandar estudios indicados por servicio de infectología, resonancia magnética nuclear cerebral con gadolinio, resonancia de columna lumbosacra, solicitar nueva RX de tórax, baciloscopias, PPD, nuevo CD4, CD8 y carga viral.

- El 25 de febrero⁵⁰ se le tomaron paraclínicos de control, pendiente la realización de estudios complementarios sugeridos por infectología; presentó disminución de los niveles de potasio con último control del 23 de febrero en 2.53, por lo cual se encontraba con reposición. Llegó reporte

⁴⁵ Pág. 30, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁶ Pág. 30, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁷ Pág. 31 y 32, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁸ Pág. 146 a 151, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁴⁹ Pág. 32 y 33, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵⁰ Pág. 33, 34 y 35, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

de TAC cerebral simple y con contraste que muestra lesión isquémica en el brazo anterior de la capsula interna y leucoaraiosis; se solicitó valoración por neurocirugía, CH, PCR, creatinina, BUN y electrolitos de control para el día siguiente y se adicionó protección gástrica y antiemético. Se insistió en remisión a nivel superior, pero EPS refirió que todavía no había cupo disponible en el servicio solicitado.

- El 26 de febrero⁵¹ se reiteró el análisis y plan del día 25 de febrero y el 27 de febrero⁵² se registró que el paciente presentó paro cardio respiratorio y falleció tras 20 minutos de reanimación.

- En el historial clínico obran los reportes de paraclínicos y demás estudios realizados al paciente durante su tiempo de hospitalización⁵³. Entre dichos reportes se observa también el de Western Blot para confirmar VIH con resultado indeterminado, sugiriéndose realizarlo nuevamente en 20 a 30 días⁵⁴:

```
WESTERN BLOT
Metodo: Inmunoblot (IB)
VIH-1: PRUEBA CONFIRMATORIA
ANTIGENOS CAG
BANDA p39 AUSENTE
BANDA p17 AUSENTE
BANDA p24 PRESENTE
BANDA p55 AUSENTE

ANTIGENOS POLIMERASA ENDONUCLEASA
BANDA p31 AUSENTE
BANDA p51 AUSENTE
BANDA p66 AUSENTE

ANTIGENOS DE ENVOLTURA
BANDA gp41 AUSENTE
BANDA gp120 AUSENTE
BANDA gp160 PRESENTE
EVENTO DE NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA OBLIGATORIA.
CRITERIOS DE INTERPRETACION: INDETERMINADO
POSITIVO: como minimo dos bandas presentes
de gp160/120, gp41, o p24
INDETERMINADO: cualquier patrón de 1 o más
bandas presentes que no esten dentro de los
criterios de positividad.
NEGATIVO: Ninguna banda presente
```

Prueba testimonial

En audiencia de pruebas celebrada el 23 de febrero de 2021, se recaudó el testimonio de los profesionales de la salud Oscar Andrés Ruíz, María Nelcy Espitia y Juan Pablo Tehelen Carreño⁵⁵.

- El médico general **Oscar Andrés Ruíz Guarnizo** hizo un relato de la atención que prestó al paciente Jorge Aurelio Calero Zúñiga a partir del 30 de enero de 2017, indicando que ese día ingresó al servicio de urgencias y en valoración inicial lo clasificó en triage 2 para que fuera atendido por sus colegas en dicho servicio, siendo esta la única valoración que él realizó.

El apoderado de la entidad demandada interrogó al paciente sobre *en qué consiste el servicio de triage*, a lo que respondió que se trata de un servicio de selección y clasificación de los pacientes según sus necesidades terapéuticas; que el paciente ingresó al servicio en silla de ruedas y con

⁵¹ Pág. 35, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵² Pág. 36 y 37, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital. Creatinina en suero, nitrógeno ureico (BUN), antígeno específico de próstata (PSA) dentro de rango negativo, antiestrepolisina o cuantitativa por titulación, factor reumatoideo semicuantitativo por látex, proteína c reactiva, hemograma III, ecografía abdominal, VIH 1 y 2 anticuerpos positivo confirmado por duplicidad por dos diferentes pruebas de inmunocromatografía de flujo lateral para la diferenciación de anti HIV 1/2, tac de columna lumbar, tomografía cerebral simple y contrastada, niveles de CD3, CD4, CD8 y carga viral, toxoplasma IGM dentro de rango negativo, coloración tinta china negativo, adenosin deaminasa (ADA), cultivo para microorganismos muestra LCR negativo, PH, densidad, glucosa, LDH, proteínas totales, recuento de leucocitos LCR, recuento de hematies LCR, GRAM no se observan bacterias, serología, hepatitis c anticuerpo negativo, hepatitis b antígeno de superficie negativo, urocultivo negativo, hemocultivo aerobio negativo para bacterias aerobias, cloro, potasio, sodio, colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL), transaminasa, toxoplasma IGG, antígeno carcinoembrionario, uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, ecografía testicular, entre otros.

⁵³ Pág. 70 a 127, 133 a 145 y 153 a 160, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵⁴ Pág. 135, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵⁵ Archivo 31, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

una fase de dolor, además en valoración de signos vitales estaba con taquicardia e hipertenso y se trataba de un adulto mayor con limitación para su movilidad, razones por las cuales dio la clasificación del triage 2 para que fuera valorado y manejado.

Preguntó también cuáles eran las condiciones de salud del paciente al ingreso al triage, respondiendo el testigo que el paciente ingresó en regular condición general, se evidenciaba su fase de dolor y tenía una gran limitación por lo que ingresó en silla de ruedas, además de las alteraciones hemodinámicas ya mencionadas y los dolores por los que consultó. Señaló también que observó al paciente en estado caquéctico que es un estado de desnutrición, atrófica muscular, fatiga y debilidad general, lo que indica un proceso crónico.

A la pregunta de si conocía las demás atenciones brindadas en el hospital, manifestó que sí conforme a lo anotado en la historia clínica, señalando las especialidades por las que fue atendido.

Se indagó sobre qué significa la pérdida de peso severa, contestando que, generalmente cuando no hay un síntoma claro de diarrea o vómito que marque la pérdida de peso, se considera secundaria a una patología crónica desconocida; indicó que para el momento de su ingreso al hospital el paciente ya presentaba esa pérdida de peso, y al preguntarle cuánto tiempo atrás el paciente pudo haber estado en esa condición, respondió que, según la información ofrecida por familiar pudo haber sido 15 o 20 días o más, y que en la historia no se evidencian atenciones previas por ese motivo de consulta en el hospital.

El apoderado preguntó si le constaba que el paciente hubiera tenido una atención discriminatoria o de burla por el personal de salud del hospital, respondiendo el testigo que no le constaba.

La apoderada de la llamada en garantía preguntó si en la historia había evidencia o si los familiares manifestaron que el paciente hubiera recibido atenciones previas por la misma sintomatología, a lo que el testigo respondió que en la historia clínica del hospital no hay evidencia de atenciones previas por el mismo motivo y que desconoce si en otras instituciones de salud recibió atención. También le preguntó si consideraba que en el hospital hubo demora o dilatación para atender el paciente una vez ingresó a urgencias, y éste contestó que no le consta, que él lo atendió a las 6:56 am y la primera atención por parte del médico de urgencias fue a las 7:21 am, menos de los 30 minutos que se normatizan por ley para la atención de ese tipo de triage, pero en lo demás no le consta. Igualmente, le preguntó si en lo que él observó consideraba que al paciente se le brindó una atención médica diligente y oportuna, contestando que revisó toda la historia clínica y *“basada en todos los hechos que el paciente pues evidenciaba, los cambios que iba presentando, le iban solicitando exámenes, le iban instaurando tratamientos antibióticos, le iban dando más opciones terapéuticas, todo pues a medida que fue presentándolo, pues no evidencio alguna que realmente haya faltado o que el hospital haya tenido una cuestión de demorarse para atenderlo no.”*

El apoderado de la parte actora pidió al testigo reiterar el motivo de consulta del paciente y éste respondió que fue por *mucho dolor en hombro, cadera y rodilla*. Le preguntó cuál es el procedimiento para tomarle el examen a una persona con VIH, a lo que el testigo respondió *“pues*

el procedimiento basado en este tiempo 2017 ... el criterio... clínico para solicitar una prueba de VIH era solicitaba pues la prueba indagar por algún antecedente que pueda tener el paciente de riesgo para alguna enfermedad de transmisión sexual”

Preguntó a quién le piden el consentimiento informado, contestando el testigo que este se pide al paciente y si las condiciones del mismo no dan para que pueda entender o diligenciarlo se pide a un familiar o acudiente y en defecto de éstos y de encontrarse en esas condiciones clínicas la trabajadora social se encarga de diligenciar el consentimiento.

Lo interrogó sobre si el paciente estaba consciente de sus actos y el testigo manifestó que al momento del triage sí. Preguntó también si, según su experiencia, cuando una persona llega en las condiciones en que llegó el paciente se puede sospechar alguna enfermedad como la que le diagnosticaron de VIH, respondiendo el testigo que por las condiciones clínicas si se puede hacer la sospecha; el apoderado insistió en que, si en las condiciones del paciente se sospecharía inmediatamente de un VIH, a lo que el testigo respondió que de manera inmediata no.

Le preguntó que si sospecharon de VIH por qué no sospecharon que el paciente tenía cáncer y el testigo respondió

“en la cronología de su atención primero pues se le fueron tomados los exámenes sanguíneos que demostraron una respuesta infecciosa y/o inflamatoria, no se le encontraba el foco de esa aparente infección ya que le tomaban exámenes de orina, exámenes radiografía de tórax y físicamente en su piel no se veía alguna infección que le pudiera generar la alteración de esos paraclínicos y asociado a su estado de caquexia se sospecha una enfermedad crónica, por lo cual allí y en este contexto es donde se solicita la prueba del VIH para descartar esta enfermedad, también le tomaron radiografías de la columna lumbosacra asociado pues a este antecedente de traumatismo que habíamos referido 20 días antes y posteriormente fue valorado por traumatología y ortopedia por ese antecedente de trauma y unos hallazgos específicos en la radiografía, por lo cual él solicita un TAC de columna lumbosacra con estudio más específico para valorar una posible fractura o alteración en donde la lectura de esa tomografía ofrece pues o evidencia unos cambios que pudieran ser sospechosos de enfermedad neoplásica o enfermedad pues que de cáncer en donde pues documentan que más puede ser un foco secundario a un cáncer primario que esté en otro órgano de su cuerpo por eso se le toman otros exámenes antígeno carcinoembrionario alfafoproteína buscando si alguno de esos marcadores tumorales estaban alterados para así pues enfocar el diagnóstico de cáncer.”

- La señora **María Nelcy Espitia** de profesión bacterióloga, conforme a la historia clínica del paciente, relató que éste ingresó al hospital, se valoró inicialmente en el triage y luego se le solicitaron unos exámenes para laboratorio clínico: hemograma, PCR, astos, factor reumatoideo, creatinina y uroanálisis, los cuales fueron procesados en el laboratorio del hospital, arrojando el hemograma una alerta de leucocitosis elevada y una neutrofilia elevada con una PCR que da una alerta de un proceso inflamatorio bastante complicado, por lo que el paciente quedó en hospitalización. Informó que, en el transcurso de los días, los médicos que lo fueron valorando solicitaron prueba del VIH y serología cuya orden llegó al laboratorio, se hizo una prueba inicial dando como resultado positivo y se solicitó una segunda muestra para su confirmación, la cual fue tomada por personal del laboratorio y procesada nuevamente bajo la técnica que se estaba usando en ese entonces que era una inmunocromatografía lateral dando como resultado positivo. Señaló que se informó a médico tratante quien valoró nuevamente al paciente y autorizó la toma de muestra para procesar una carga viral, unos CD3, CD4 y CD8 y un Western Blot. Aclaró que para ese entonces el hospital tenía un laboratorio de referencia que es el laboratorio Acacias de la ciudad de Cali y que las muestras fueron remitidas a esa entidad, la cual tiene unos protocolos de entrega de resultados de 8 a 10 días y les enviaban los resultados por medio de correo.

Sostuvo que la prueba de carga viral dio una inicial de menos de 40 copias tomándolo como negativo; que les hicieron unos recuentos de CD3, CD4 y CD8 que muestra una disminución de los linfocitos CD4 y CD8 y una relación normal; que el examen de Western Blot presenta dos bandas características presentes para el posible virus del VIH, pero el protocolo dice que para poder ser una prueba 99.7 confirmatoria debe de tener como mínimo tres bandas, por lo que la prueba salió indeterminada, no se puede saber si el paciente en ese momento cursaba con VIH; que según los resultados de dicha prueba debía repetirse en 20 días a un mes, pero el paciente falleció antes de que pudiera repetirse la carga viral, los CD4 y CD8.

Indicó que los médicos tratantes siguieron valorándolo a través de un equipo interdisciplinario porque su respuesta inflamatoria había aumentado, su respuesta de infección había aumentado; que al paciente se le hizo punción lumbar y se encontró presencia de proteínas totales que estaban aumentadas y la LDH también estaba aumentada, lo que dio una alerta para que los médicos empezaran a buscar algún tipo de microorganismo o algún tipo de proceso maligno a nivel de cáncer o neoplasia; el líquido dio una alerta que algo estaba pasando con el paciente; se le hizo tinta china con resultado negativo; se le hicieron urocultivos, se le procesaron hemocultivos y siempre se le estuvo buscando procesos infecciosos o virales para establecer lo que le pasaba; se le revisó su parte renal, se le hicieron hemocultivos para ver si la bacteria presente estaba a nivel de sangre, se le procesaron anticuerpos de hepatitis y toxoplasmosis que son virus que pueden causar el tipo de problema que presentaba el paciente; siempre se revisó el proceso infeccioso e inflamatorio; tenía la PCR y a medida que esta se iba procesando iba aumentando dando pie a que el proceso inflamatorio iba en proceso; también se le hicieron enzimas a nivel de su hígado para ver cómo estaban funcionando sus órganos; se le hicieron citomegalovirus y exámenes de apoyo diagnóstico. Indicó que el resultado del antígeno carcinoembrionario fue una alerta inicial de que el paciente podía estar haciendo unos tipos de neoplasia o cáncer que se debe investigar y hacer exámenes más avanzados.

El apoderado del hospital indagó a la testigo acerca de la fecha en que se ordenaron y tomaron los exámenes de laboratorio, la testigo respondió que estos se tomaron al ingresar y se hicieron retomas posteriores. A la pregunta de qué exámenes practicó ella en el paciente, contestó que le hizo el primer diagnóstico de VIH, cuadro hemático, PCR y los iniciales de VIH la prueba inicial y una confirmatoria con una segunda muestra que se solicita. Se le preguntó por qué al paciente se decide tomarle la prueba del VIH, respondiendo la testigo que se debió a las condiciones en que llega al hospital y la manifestación de los familiares de presentar mucho dolor en las articulaciones, también por la pérdida de peso y porque venía con esa sintomatología desde hace varios días, por lo que los doctores por protocolo de vigilancia de salud pública deciden hacer dicha prueba para buscar posibles causantes, y no solo esa sino que se inició todo un manejo y protocolo de activación de posibles virus que pudieran estar causando el trastorno al paciente, incluido tuberculosis.

Continuó el apoderado preguntando si en total se practicaron tres pruebas de VIH, la primera positiva, la segunda negativa y una tercera de Western Blot indeterminada, a lo que respondió la testigo que *“la primera prueba sale positiva que es la que yo realizo, la segunda prueba es un confirmatorio que se hace con una segunda muestra que el personal de laboratorio en ese caso*

el auxiliar de turno de laboratorio que estaba conmigo de turno es la persona que va y toma la muestra, se procesa esa segunda muestra nuevamente con la prueba que usamos nosotros dando positivo, allí se le informa al médico para que él tome la decisión de autorizar la carga viral, el Western Blot y los CD4, CD8 que son los que remitimos a la ciudad de Cali para su proceso”.

Preguntada por el hecho de que exista una prueba positiva, luego una negativa y una indeterminada, si esos factores de variación en los resultados son comunes en la toma de esa clase de exámenes o se hacen por protocolo, contestó la testigo que se hace como protocolo, cuando las pruebas iniciales dan positivo deben hacer unas pruebas confirmatorias; que en el 2017 no tenían una prueba confirmatoria a la mano como se tiene en este momento una prueba de cuarto nivel que da más seguridad sobre si el paciente está o no con el virus; que se han presentado casos y es común por ejemplo cuando las pruebas dan indeterminado hay que verificar qué está pasando con el paciente, quien muchas veces está con procesos malignos neoplásicos, cáncer o algún tipo de tumor que hacen que las proteínas del cuerpo se aumenten y entonces haya un cruce de proteína, por lo que en el caso del Western Blot se aclara que se debe repetir la muestra en 20 días o al mes para descartar esas posibles proteínas que no tienen nada que ver con lo que se está detectando y confirmar si tiene o no el virus; que sí se puede dar esa situación y que se debe tener en cuenta que el paciente también venía marcando un proceso inflamatorio bastante con el CA que marcó y alertó al equipo de médicos para empezar a buscar dónde había masas a nivel del paciente.

Se interrogó a la testigo si en el paciente existían factores externos de otras patologías existentes en él que pudieron inferir en el resultado del VIH, contestando que el paciente sí pudo estar presentando otro tipo de alteraciones, reiteró que uno de los marcadores principales es de CA y que eso da una alarma; indicó también que el TAC de columna mostró la presencia de un plasmocitoma que es un tipo de tumor que le da al médico una sugerencia y que hay que indagar qué tipo de tumor a nivel de columna se está presentando; refirió que el paciente ingresó en silla de ruedas, tenía dificultad a nivel de sus rodillas y había que descartar también si tenía una artritis reumatoidea, un lupus; que el líquido cefalorraquídeo también les dio una alarma de una presencia de la LDH que es un marcador importante y había que buscar proceso bacteriano, viral o celular; que el paciente pudo haber estado presentando producción de proteínas saturadas debido a la reacción inmunológica que estaba presentando y que estaba combatiendo con algo.

A la pregunta de si finalmente se supo qué era ese algo, contestó que las imágenes muestran que estaban comprometidos ciertos órganos a nivel de columna y se quedó a la espera de la segunda retoma para confirmar o descartar la presencia del virus y que independientemente si lo tenía o no al paciente se le dio el manejo adecuado.

Preguntada sobre si el tiempo de 20 a 30 días para la realización de una prueba confirmatoria es por protocolo o lo instituye la entidad, respondió que corresponde al protocolo del laboratorio externo con el que tenían convenio en ese momento. También se le preguntó si el cáncer y el VIH son enfermedades que pueden coexistir o se excluyen entre sí, contestando *“hay que tener en cuenta que el virus del VIH es como el agente causante del VIH, pero la enfermedad como tal el SIDA son las diferentes complicaciones que puede tener el paciente, el paciente puede tener el VIH y hacer complicaciones a diferentes partes de órganos a nivel cerebral a nivel pulmonar a nivel de hígado... entonces no pueden ir por separado, puede que sí, pero es por ejemplo un cáncer puede estar arraigado*

a la presencia del virus como tal, o sea puede ser un tipo de complicación no, ese tumor que de pronto el paciente pudo haber estado presentando que le estábamos diagnosticando indicando en que parte pudo ser la causa de desenlace de la presencia del virus, por eso se llama virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome como tal son la cantidad de complicaciones que pueden presentarse debido a ese virus que se presenta ya, así la carga viral pueda estar indetectable con un paciente que esté en tratamiento el pudo haber hecho estragos digámoslo así, pudo haber hecho daño a nivel de órganos.

Preguntada si en el caso hipotético de que se hubiera obtenido la prueba final confirmatoria del Western Blot habría cambiado la situación de salud del paciente, habría existido un tratamiento que hubiera evitado la muerte, contestó que no y aunque se hubiera diagnosticado el paciente ya estaba complicado.

La apoderada de la llamada en garantía preguntó que ante las sospechas de VIH, cáncer y tuberculosis cuánto es el tiempo en días aproximado en que podría darse un diagnóstico sobre la enfermedad que padecía el paciente, la testigo contestó que la prueba de Western Blot dio resultado indeterminado y había que repetirla en 30 días, por qué en ese tiempo, porque es necesario esclarecer el tipo de proteína que se estaba manifestando en el paciente; señaló que los médicos autorizaban ciertos exámenes para poder realizarle al paciente para identificar en qué parte se estaban presentando las células malignas; en cuanto al tiempo manifestó que se quisiera que todo fuera ya, pero que en nuestro sistema de salud todo es por autorización de la EPS, entonces a medida que van autorizando los exámenes asimismo se le van realizando al paciente; que para repetir el Western Blot eran 30 días, pero el paciente murió antes de eso y que si esa prueba se hacía antes de ese tiempo el resultado habría salido igual y se quedaba en las mismas; que por protocolo antes y en la actualidad dicha prueba se debe repetir en 20 o 30 días para esclarecer resultados, que en este caso estaba la autorización para hacerle la segunda toma y que el grupo interdisciplinario necesitaba ese resultado para seguir dándole manejo al paciente y si necesitaba los antirretrovirales dárselos, mientras tanto le estaban manejando sus segundas patologías, su dolor lumbar y de hombro. También manifestó que no hubo algún tipo de discriminación con el paciente y que siempre se interesaron por su seguridad.

El apoderado de la parte actora preguntó entre otras cosas, si es normal que un paciente en el primer día que entra le tomen muestras de VIH de urgencia, a lo que respondió que si el paciente viene con condiciones de acuerdo con el protocolo de identificación de patologías de salud pública sí se debe hacer, inclusive en este momento la vigilancia de salud pública se centra no solo en VIH sino en otro de tipo de patologías y posibles virus o bacterias, por lo general cuando un paciente llega en condiciones bastante complicadas como protocolo se inicia un esquema donde se busca VIH, tuberculosis, septicemias, se le hacen una serie de exámenes tratando de buscar presencia de posibles microorganismos que son de vigilancia común en el país; que cuando hacen hemocultivos se busca bacterias complicadas como la haemophilus, el estreptococo que son bacterias que pueden complicar al paciente y llevarlo a la muerte.

A la pregunta de por qué al paciente no le informaron que le iban a tomar el examen del VIH, la testigo respondió *"tengo entendido que por las condiciones en que llegó"*, el apoderado le indicó que el paciente estaba consciente y que no le informaron, y que según su respuesta se debió a la urgencia, preguntándole si tenía conocimiento de por qué no le informaron, contestando la testigo que eso corresponde al área de urgencias, que a ella solo le llegan las muestras y que la

decisión médica corresponde a las condiciones en que llega el paciente y asimismo se inicia el protocolo para identificación o diagnóstico.

También le preguntó si es posible que los síntomas del VIH sean los mismos que del cáncer y por eso se detectó primero VIH y después no lo pudieron detectar, contestando:

“no es tanto de que esté resguardado, lo que pasa es que hay un cruce como lo expliqué al principio de proteínas ya, entonces se están manifestando toda la parte inmunológica la reacción inmunológica por presencia del cáncer y también está la parte de la reacción inmunológica por posible presencia del virus, entonces hay un choque, digámoslo hay un cruce eso es a nivel de anticuerpo de defensa del sistema inmunitario de nosotros, las técnicas para diagnóstico lo que hacemos es identificar esos anticuerpos si hay esos cruces digámoslo así y como dice usted si ese virus se está resguardando en las proteínas del cáncer pues obviamente las pruebas van a salir indeterminadas, por qué, porque pues no sabemos si esas pruebas en realidad si son del cáncer o son del virus como tal, por eso se sugiere las pruebas repetir estar en constante repetición mientras se va investigando la parte del cáncer e ir empezando a darle medicamentos o solución asimismo el virus empieza como a florecer digámoslo así en la parte de su expresión proteica para poder ser detectado, se han evidenciado casos donde el virus la carga viral está tan bajita, tan indetectable, pero la presencia del virus lo hay ya, hay que entrar a hacer pruebas más... específicas está el Western Blot, está la PCR directamente manejar lo que es la parte el genoma del virus, son pruebas bastante complicadas... que se pueden hacer para hacer ese tipo de diagnóstico, pero que se puede resguardar sí, se han evidenciado casos donde el virus se une con ese resto de proteínas o complejos inmunitarios que hay ya, por eso las pruebas nos pueden salir indeterminadas o nos pueden salir con digamos con detección de proteína mínima, entonces para uno estar seguro como laboratorista uno que hace sugiere repetir en 30 días”

El apoderado preguntó qué sucede si una persona tiene VIH y le hacen un tratamiento diferente o si tiene cáncer y le hacen un tratamiento como si tuviera VIH, ello mejora, empeora o como si nada, a lo que la testigo contestó que la parte de manejo de infectología no podría decir si se puede de manera concomitante trabajar las dos, lo que sí sabe es que la idea de los antirretrovirales es bajar la carga viral para disminuir las patologías secundarias, bajar la sintomatología del paciente y aumentar sus defensas; que la parte de infectología de si se puede manejar una cosa con la otra no sabe porque esa área no le compete.

Seguidamente, se le preguntó si en las condiciones del paciente *“lo dejan morir con su dolor o qué tratamiento le hacen para que su muerte sea más digna”*, respondiendo la testigo que en la historia clínica en todo momento se habla que se manejaron medicamentos para su dolor de columna y articular y que se le atendió dignamente hasta donde se pudo. También le preguntó si tenía conocimiento de lo que es un tratamiento paliativo y en qué consiste, contestando la testigo que sí y que se trata de un control de manejo de dolores, un control de manejo interdisciplinario con psicología para la familia y el paciente, se maneja ventilación y se trata de dar una muerte digna. Finalmente le preguntó por qué le constaba que el paciente no fue objeto de trato discriminatorio o de burlas si ella siempre estaba en el laboratorio, a lo que la testigo contestó que le consta porque cuando su auxiliar fue a tomar la segunda muestra no le manifestó haber tenido ningún inconveniente de ese tipo, que le informaron de su ubicación, entró donde estaba el paciente y tomó la muestra sin problema.

- El médico **Juan Pablo Tehelen Carreño** manifestó ser especialista en medicina familiar y trabajar en el área de urgencias y hospitalización del Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. Con base en la historia clínica del señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga relató que éste ingresó en el año 2017 y fue interconsultado con el área de medicina familiar el 4 de febrero porque cuando ingresó venía con un cuadro de dolor lumbar que irradiaba a miembro inferior derecho con una limitación

funcional, pero llama la atención que venía con una pérdida de peso marcada y unas lesiones eritematosas en cuerpo; que el médico general valora y solicita estudios de radiología para esclarecer por qué el dolor lumbar con un antecedente al parecer 20 días antes de caída de un caballo, por lo que se pensaba en una posible radiculopatía, o sea una compresión nerviosa vs un proceso inflamatorio a nivel de la columna, entonces se pidieron unos estudios de extensión, pero llamaba la atención que el paciente presentaba una leucocitosis y una respuesta inflamatoria sistémica importante sin claridad de qué lo estaba desencadenando, además de la pérdida de peso que se evidenció a su ingreso que es lo que se denomina un paciente caquéctico, quiere decir que tiene una pérdida de peso muy importante que no es de un proceso agudo sino que habla de cronicidad, es decir que muchas semanas o meses antes viene gestándose un proceso probablemente no evidenciado por los familiares; que por esas razones se interconsulta y también por un foco infeccioso no claro y porque en la radiografía de columna inicial no se evidenció ninguna lesión estructuralmente clara, y el médico de urgencias ante la evidencia de la pérdida de peso y lo que se denomina un síndrome constitucional solicitó un perfil serológico, un perfil infeccioso, dentro del protocolo que se maneja en estudios de ese síndrome el estudio infeccioso se basa en estudios como la sífilis, el VIH, como otros estudios para saber qué es lo que lo está llevando, neoplasias o cáncer, y cuando se le pide los estudios llama la atención que tiene una prueba de VIH rápida positiva y la leucocitosis entonces se hace una impresión diagnóstica de un VIH de novo y se interconsulta por el servicio de medicina familiar, momento en el cual se inician los estudios de extensión para descartar otras coinfecciones asociadas al proceso de VIH por la sospecha diagnóstica se piden para hepatitis b, hepatitis c y otros documentados en la historia y se inicia un esquema antibiótico empírico para dar un cubrimiento antibiótico a un proceso infeccioso sin foco claro; que el paciente empezó a hacer un deterioro clínico que llamaba la atención, empezó a hacer alucinaciones visuales, alteración de su estado neurológico, por lo que se planteó la necesidad de hacer una punción lumbar y cuando se hizo se tomó la muestra de líquido cefalorraquídeo para hacer estudios de extensión o de proceso infeccioso y tuberculosis, dentro de los cuales se documenta un test de ADA que es una enzima que se eleva en procesos infecciosos y se asocia, más no es criterio diagnóstico, a tuberculosis, por lo que se comentó con un infectólogo externo el caso clínico porque quedaba la duda que se pudiera estar frente a una tuberculosis meníngea y se recomendó iniciar manejo para esa condición y tomar cultivos del líquido cefalorraquídeo para tener el diagnóstico de tuberculosis; que dentro del contexto de una tuberculosis si se tiene la sospecha clínica de que está la tuberculosis se puede iniciar tratamiento y puede iniciar los estudios de extensión para corroborar el diagnóstico, además de eso se tomó una segunda muestra de VIH la cual salió negativa, por lo que se planteó una prueba dentro del protocolo de la OMS consistente en tomar una carga viral para VIH y/o Western Blot que es la prueba confirmatoria; que en este caso se solicitaron los dos exámenes para confirmar porque ante una prueba positiva y una negativa era indeterminado el diagnóstico y mientras se hicieron esos estudios se pidió concepto de ortopedia porque el paciente seguía con un marcado compromiso de su funcionalidad por un dolor articular, sobre todo en su columna lumbar, se le pidió un TAC de columna que mostró una lesión lítica, quiere decir que hay una alteración en la estructura de la vertebra a nivel lumbar que sugería un proceso neoproliferativo o sea un proceso neoplásico o canceroso, por lo que ortopedia consideró que el paciente debía ser remitido a otro nivel para manejo integral y estudios de extensión; también se le pidió una resonancia magnética para esclarecer bien la lesión que tenía el paciente; que se usó tratamiento antibiótico, cubrimiento de amplio espectro para cubrir todo tipo de gérmenes que afectara el

sistema nervioso central, se cubrió también la tuberculosis, pero la evolución del paciente fue muy tórpida a pesar del manejo que se le brindó en el hospital, por lo que se hizo un consenso con los médicos familiares y se determinó remitirlo a otra institución donde tuviera la posibilidad de tener medicina interna, infectología y ortopedia de nivel superior para manejo integral, eso se hizo a través de Emssanar y quedaron supeditados a que dicha entidad ubicara al paciente, sin que tuvieran injerencia en el tiempo de remisión del paciente.

Continuó el testigo relatando que se continuó el manejo médico establecido, el manejo antibiótico; que llegó la carga viral que mostraba menos de 40 copias, una celularidad no normal, pero ligeramente disminuida, entonces quedó muy inconcluso, seguía indeterminado el diagnóstico de VIH y se seguía a la espera del Western Blot; que durante el proceso se hizo cambio de esquema terapéutico y manejo integral en el contexto del paciente, pero su evolución fue bastante tórpida y fallece sin tener el reporte del Western Blot, el cual finalmente salió indeterminado, es decir ni confirmó ni descartó el diagnóstico de VIH y debía repetirse un mes después, pero no pudo realizarse debido a la muerte del paciente.

El apoderado de la entidad demandada preguntó al testigo de qué se tratan las coinfecciones de que habló en su declaración, respondiendo el testigo que, cuando se habla de coinfecciones es que asociado a un estado de pérdida de peso, a un estado infeccioso posiblemente asociado a una condición de inmunosupresión, entonces no solamente se ve que pueda tener una sola infección en alguna parte del cuerpo sino que pueden haber diferentes infecciones coexistiendo, de manera que el paciente podía tener una tuberculosis meníngea y un foco infeccioso aislado en otra parte de su cuerpo, que era lo que se estaba investigando de forma adicional; que el otro foco infeccioso que se estaba buscando es que fuera en la columna vertebral que podría estar condicionando también su deterioro clínico, porque el hallazgo a pesar de que describe una lesión lítica que es una destrucción del hueso no había un diagnóstico claro de qué podría estar destruyendo el hueso, en ese orden y teniendo en cuenta que el paciente empezó con respuesta inflamatoria sistémica, está con leucocitosis, neutrofilia, que habla más de un proceso bacteriano, se consideró que pudiera tener una lesión bacteriana también en el hueso que estuviera condicionando su estado actual; entonces cuando se habla de coinfección es que pueden existir varias infecciones en un mismo contexto.

Se preguntó si el cáncer y VIH se excluyen entre sí o pueden coexistir, respondiendo el testigo que no, que el virus del VIH es altamente autogénico, lo que quiere decir que afecta las células del cuerpo y altera el genoma el ADN de las células, generando producción de lo que ellos llaman oncogenes, inclusive el VIH es uno de los factores predisponentes para cáncer en los pacientes y hay una fase denominada sida en la que ya el VIH ha producido una condición oncológica, como ejemplos citó el sarcoma de kaposi altamente asociado al VIH, inclusive cuando se tiene un sarcoma de Kaposi se debe buscar VIH, linfomas, cuando se tiene un paciente con linfoma se debe buscar como coexistencia el virus del VIH, entonces el VIH con una condición oncológica van de la mano.

Preguntado también sobre si conoció las condiciones del paciente al momento de su ingreso a la institución, respondió que basado en la historia clínica éste ingresó en muy regulares condiciones generales, con una condición crónica establecida que está descrita como caquexia, pérdida de

peso marcada, con un síndrome de desgaste marcado, que hace pensar que hay un proceso crónico anterior que puede estar condicionando el proceso de ingreso al hospital, procesos que muchas veces son imperceptibles o no valorables por la familia y el paciente cuando ingresa lo hace ya en una etapa casi terminal o muy avanzada y es muy poco lo que se le puede ofrecer. Respondió también que no observó en la historia atenciones médicas previas del paciente y respecto a cuál fue la causa determinante de su muerte manifestó que éste venía con un proceso crónico avanzado condicionado por un estado de inmunosupresión, el cual es porque tenía una alteración en su estado inmunológico previamente en proceso de estudio y con la sospecha diagnóstica de que podía estar con un VIH asociado a un proceso oncológico avanzado en estudio, que lo llevó a un deterioro clínico marcado a un colapso circulatorio y fallece, entonces su causa de deceso es asociado a un estado de inmunosupresión en conjunto con un proceso infeccioso que no se pudo controlar.

Se interrogó si de haberse obtenido los resultados de Western Blot, la última prueba confirmatoria, se habría alcanzado a adoptar un tratamiento efectivo para evitar el deceso del paciente, a lo que el testigo contestó que no cree porque por ejemplo si dicha prueba hubiera dado positivo ya el paciente tenía una condición avanzada y en etapa sida, en la cual la mortalidad de los pacientes es un porcentaje alto mayor al 80%, además como había una coexistencia de un proceso infeccioso había que tratar primero la infección o descartarla y después iniciar el tratamiento retroviral para el VIH como lo recomiendan las vías médicas, porque estos pacientes por su estado de inmunosupresión si se les inicia el tratamiento retroviral junto con una infección que está en curso se puede recuperar su sistema inmunológico y puede llevarlo a la muerte porque el sistema magnifica la respuesta del cuerpo y genera más daño que mejoría; entonces el pronóstico del paciente era muy ominoso.

También se indagó si durante el tiempo que brindó atención al paciente, le consta o fue testigo de que éste fuera objeto de burla o trato discriminatorio por el personal médico debido a su condición, a lo que respondió que nunca en lo que recuerda hubo un acto discriminatorio ni poco ético; que dichas actuaciones están proscritas en el código de ética médica, y que no ve por qué tenga que verse diferente si el VIH si se diagnostica a tiempo es tratable y equiparable a enfermedades crónicas como la diabetes.

El apoderado de la parte actora preguntó al testigo qué es un médico familiar, a lo que respondió que es un médico especialista que trata todas las condiciones crónicas de los pacientes desde el punto de vista biológico y psicosocial, se maneja el entorno familiar, el entorno biológico de los pacientes y se hace partícipe a la familia para que el paciente pueda tener un adecuado seguimiento y vigilancia a su condición clínica.

Se indagó al testigo sobre cuál es el procedimiento que debe hacer el médico familiar cuando a una persona le diagnostican VIH, contestando que se interactúa con la familia y con el paciente, se les explica la situación y el diagnóstico, se les dice cuál fue el reporte del examen.

Preguntado acerca de si al paciente lo entrevistaron, si preguntaron por su actividad sexual, si era casado y si le hicieron seguimiento a su esposa o a las personas con las que haya estado, respondió el testigo que cuando se hace un diagnóstico de VIH no se interroga por la actividad

sexual del paciente, solo se hace la intervención y se habla con el paciente y se le explica la situación de su diagnóstico, las medidas a tomar y los estudios de extensión, realmente ya si él quiere abrirse con el médico y comentar la situación si, pero el médico no se inmiscuye en la vida personal del paciente si él no lo autoriza como tal no se hace; más adelante, ante cuestionamientos relacionados, señaló que el VIH es un tema de salud pública y se llena una ficha epidemiológica con los datos personales del paciente que se pasa a la secretaría de salud, pero el médico familiar no llega a interrogar al paciente sobre su actividad sexual; también manifestó frente al tema de la entrevista con el paciente, que se debe tener en cuenta que éste en el contexto hospitalario cursaba con una afectación en su esfera mental, entonces la entrevista no estaba bien condicionada o no era muy fidedigna para tener en cuenta lo que decía el paciente. El apoderado le indicó que en la historia clínica no se manifiesta que el paciente estuviera fuera de sus condiciones para hacer una declaración, a lo que el testigo respondió que en la historia hay evidencia de que el paciente presentaba alucinaciones, afectación de su esfera mental y estado de agitación, que incluso se debió darle medicamento para ese estado.

A la pregunta de si tenía conocimiento que al paciente no le solicitaron autorización o consentimiento para realizarle la prueba del VIH, contestó que antes del 2019 no se solicitaba autorización para toma de este estudio, después del 2019 si se solicita consentimiento informado.

También se le preguntó qué sucede si supuestamente existen dos enfermedades como VIH y cáncer y se ataca el VIH con retrovirales y se olvida del cáncer, el paciente mejora, empeora o sigue igual, a lo que el testigo respondió que cuando se inicia tratamiento del VIH debe iniciarse sin una condición infecciosa asociada al VIH, en sentido de que no haya una infección por ejemplo bacteriana, micótica o tuberculosa que esté asociada en ese momento al VIH, porque si se trata el VIH con esa condición se hace un síndrome de respuesta inmunológica, el cual se caracteriza porque se activa las defensas del cuerpo y desencadena un trastorno que genera que el cuerpo ataque todas las células del cuerpo y desencadene un daño mayor al paciente, por eso la recomendación es primero tratar las infecciones coexistentes, después de curarlas ya iniciar el tratamiento retroviral para el paciente del VIH, por eso en el caso del paciente se trató primero las infecciones que se estaban sospechando porque los exámenes no salieron normales, pues tenía una leucocitosis, una respuesta inflamatoria sistémica, una neutrofilia que hablaba de un proceso bacteriano, entonces se tenía que investigar y tratar de forma empírica esas infecciones hasta estar seguro de lo que las estaba provocando y después entrar a definir el inicio del tratamiento para el VIH.

Se le preguntó si tenía conocimiento de la queja elevada por la nieta del paciente sobre los malos tratos que sufrió éste por parte de personal de enfermería, respondiendo el testigo que sí leyó algunos apartes de la misma; seguidamente se le preguntó si dio alguna respuesta a los familiares o si habló con el personal de enfermería sobre ese tema, a lo que respondió que eso fue hace mucho tiempo, pero que ellos dentro del contexto del hospital cuando se tiene una queja formal por parte de un familiar o un paciente inmediatamente intervienen al equipo de enfermería, se evalúa la situación y se toman las medidas sobre el caso, y se evalúa no solamente la parte afectada sino también la parte de enfermería que también da su testimonio.

Preguntado sobre la coexistencia de dos enfermedades, si existió algún tipo de tratamiento para el cáncer evidenciado en la historia clínica, el testigo respondió *“hago una aclaración, usted no puede diagnosticar cáncer hasta que no tenga un estudio histopatológico, él salió con una presunción, con unas lesiones sugestivas, pero usted no puede diagnosticar cáncer sin tener un estudio histopatológico, o sea una muestra directa del tejido y analizar las células del tejido, por eso estaba en remisión para otro nivel para poderle hacer la biopsia de la lesión que tenía en la columna vertebral, entonces en ese orden de ideas usted no puede iniciar ningún tratamiento para el cáncer si usted no sabe a qué se va a enfrentar y qué tipo de cáncer es”*. El apoderado manifestó que de igual manera el VIH no estaba completamente diagnosticado y aún así prosiguieron con el tratamiento, a lo que el testigo respondió que al VIH nunca se le inició tratamiento y volvió a explicar que primero trataron la infección que tenía el paciente el foco infeccioso, pero nunca se inició retroviral; el apoderado indicó que en la historia aparece que le aplicaron un retroviral entonces si le hicieron tratamiento, respondiendo el testigo que se inició un tratamiento empírico, pero se suspendió porque tenían que establecer qué tenía el paciente en su contexto infeccioso antes de darle continuidad.

A la pregunta de si al paciente le hubieran detectado el cáncer a tiempo no le hubieran indicado o procedido a hacer un tratamiento para ello, el testigo respondió que en servicios de atención a los pacientes se maneja niveles de complejidad, primero, segundo, tercero y cuarto nivel dependiendo de la complejidad del paciente; que teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la radiografía y lo que el ortopedista encontró en la tomografía y la lesión sugestiva de una lesión posiblemente neoplásica que no se descartan otras causas, se inició el proceso de remisión a nivel superior donde pudiera ser manejado de forma adecuada y hacerle un estudio tipo biopsia, lo que se hizo con el área de referencia de Emssanar y que estaban a la espera de su respuesta; que la respuesta y la ubicación del paciente le corresponde a dicha entidad; que para poder decirle si hubiera habido una mejoría o si hubiera impactado en su calidad de vida o en su pronóstico, primero tendría que hacerse el diagnóstico que no se sabía si realmente esas lesiones eran o no un cáncer, pues solo había una presunción diagnóstica.

Prueba pericial

En el proceso obra informe pericial⁵⁶ de clínica forense realizado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el que, conforme al historial clínico obrante el proceso, se concluye sobre la atención prestada al paciente Jorge Aurelio Calero Zúñiga en el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E de Palmira:

“ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Se ha dicho del interrogatorio o anamnesis, que constituye el arma fundamental del método clínico, ya que con este se puede obtener más del 50% de la información para el diagnóstico del caso. Una vez se realiza el interrogatorio, se enfoca el caso en la búsqueda de patologías que puedan llevar a la condición clínica del paciente. Generando diagnósticos presuntivos de patologías degenerativas o inmunosupresoras.

Todo el proceso de atención que se deriva posterior a los hallazgos paraclínicos, se realizan de manera adherida a procesos de atención y manejo de las guías clínica basadas en la evidencia, como se ha argumentado previamente.

Dado a que no todos los estudios se piden de manera inmediata y estos van a depender de los resultados que se presenten, pues dependiendo de cada resultado la orientación de manejo o el seguimiento puede ser diferente, es por ello que el tratamiento se realiza acorde a la obtención de resultados y basados en las guías de atención, adheridos a la evidencia clínica.

⁵⁶ Archivo 04, carpeta cuaderno pruebas del expediente digital.

De acuerdo a la clasificación de los niveles de atención en salud I, II, III y IV, se permitirá o contarán con la capacidad instalada de personal asistencial (especialistas), equipos diagnósticos, para la toma de decisiones y exámenes. Según la condición del paciente y los requerimientos de exámenes complementarios para el estudio del caso, quien se encuentra desde su ingreso en una institución de II nivel, llevan a la indicación por parte de la EPS a que se tramite la remisión a un nivel de mayor complejidad, proceso que, se espera se realice a la mayor brevedad. A pesar de dicha indicación solicitada no solo por la EPS, sino además por el ortopedista y soportado en la condición clínica del paciente la cual esta reportada en las historias clínicas, además de la solicitud de manera insistente ante el personal de auditoría de Emssanar en 5 ocasiones, la respuesta de la EPS es que el proceso no es autorizado, argumentando la no disponibilidad de los especialistas requeridos para continuar con el manejo. El paciente queda en espera de la autorización para ser trasladado a una institución de mayor nivel por más de 15 días, el cual es iniciado el 08 de febrero de 2017 y en el cual fallece el paciente esperando la remisión el día 27 de febrero de 2017.

CONCLUSIÓN

Teniendo como precedente todo lo anotado anteriormente, se considera que:

A. La atención en salud brindada desde el 30 de enero al 27 de febrero 2017 en el Hospital Raúl Orejuela Bueno, de Palmira Valle fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico.

B. No es posible determinar la causa de la muerte, debido a las múltiples comorbilidades que presentaba el paciente, inclusive algunas en estudio y que no se cuenta con necropsia clínica ni médico legal.

C. Se determina que no hay nexo de causalidad médica entre la atención prestada por el personal del Hospital Raúl Orejuela Bueno y el fallecimiento del paciente Jorge Aurelio Calero, pero sí se determina un retraso en la atención por parte de la EPS Emssanar, al dilatar el proceso de remisión y no garantizar la pronta ubicación del paciente en una institución de mayor nivel de complejidad, donde se pudieran complementar los estudios y manejo requeridos, que si bien es cierto se desconoce si el resultado hubiera sido el mismo, si se le habría brindado la posibilidad de la atención oportuna."

En respuesta a los interrogantes específicos realizados por el Hospital, la perito forense determinó:

"1. Manifieste cual fue la causa determinante de la muerte del paciente

Respuesta: En el caso del paciente Jorge Aurelio Calero de 86 años, quien ingresa en regulares condiciones, por la pérdida de peso, cuadro poliartrogico, así como la presencia de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) en un paciente inmunocomprometido, que bien puede ser por el VIH como por la neoplasia. La causa de la muerte puede ser multicausal. No es posible determinar cuál es causa determinante, debido a que no se realiza una necropsia médico legal ni clínica.

2. Manifieste si las atenciones médicas, protocolos, atenciones y exámenes de laboratorio realizados en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE se enfocaron debidamente a las patologías del paciente

Respuesta: De acuerdo a la condición de ingreso en la que se menciona llega el paciente Jorge Aurelio Calero a la institución, se considera que los exámenes se enfocan y solicitan de manera adecuada. Inicialmente busca de proceso causal del dolor, se solicitan reactantes de fase aguda, exámenes en busca de patologías articulares, así como patología renal o infecciosa.

Ante los resultados de cuadro articular negativo, pero con reactantes de fase aguda como el hemograma, pcr patológicos y la persistencia de limitación y dolor, se ordena RX de columna lumbosacra; ante los hallazgos de la radiografía y la manifestación de los familiares de un antecedente de caída, se solicita la valoración por el especialista (ortopedia).

Dado los hallazgos en el hemograma sin identificar el foco infeccioso, además relacionando el cuadro con la pérdida de peso del paciente, se busca foco infeccioso con la RX de tórax y se solicitan exámenes que puedan orientar la condición clínica (VIH, serología). Al obtener resultado de VIH positivo se ordena valoración por medicina familiar, solicitando de manera previa hemocultivos e iniciando manejo antibiótico de amplio espectro, pensando en las patologías concomitantes en pacientes VIH. Así mismo el ordenamiento de exámenes de laboratorio en busca de patologías oportunistas.

La atención del paciente Jorge Aurelio Calero, a su ingreso se realiza de acuerdo a la condición clínica manifiesta por el paciente de cuadro de dolor en región lumbar, la continuidad del proceso de atención, se enfoca de acuerdo a los hallazgos clínicos y paraclínicos que presenta el paciente, basados en el método clínico que se dirige a la interrogación y enfoque de manejo diagnóstico soportado en los hallazgos clínicos, examen físico y resultados de laboratorio.

3. De acuerdo con la información clínica existió un mal diagnóstico o mala praxis que finalmente produjera un daño moral o físico en el paciente en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE

Respuesta: Ver ítems "Análisis y discusión" y "Conclusión".

4. En cuanto a los exámenes de laboratorio encaminados al VIH se ajustaron a las recomendaciones de la OMS y protocolos institucionales del Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE.

Respuesta: La solicitud y toma de exámenes de laboratorio encaminados al VIH, están ajustados a las recomendaciones de la OMS, de acuerdo al Algoritmo diagnóstico de la: Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más) y adultos / GPC-2014-39. Protocolo acogido por la Institución Raúl Orejuela Bueno ESE.

5. En caso de que las pruebas del VIH se hubieran obtenido con más prontitud y teniendo en cuenta el estado del paciente, hubiere existido un tratamiento que le permitiera al paciente recuperarse.

Respuesta: Debido a las condiciones en las que se encontraba el señor Jorge Aurelio Calero, a pesar de obtener los resultados con mayor prontitud, es difícil determinar si este le habría permitido recuperarse, dado al compromiso clínico en el cual este se encontraba, se trata de un adulto mayor de 86 años, con diagnósticos de TBC meningea lo que

genera un compromiso neurológico con alto riesgo de mortalidad, presenta pérdida de peso que coadyuva en su inmunosupresión y así mismo presenta una lesión sugestiva de una neoplasia metastásica a nivel vertebral. Es un adulto mayor de 86 años.

6. La muerte del paciente se pudo haber ocasionado por una falla médica ya sea por acción, omisión, mal diagnóstico o mala praxis en el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE.

Si bien es cierto en nuestra condición de peritos, no estábamos bajo las facultades de emitir juicio de valor, las cuales corresponden a la autoridad que lleva el caso, le recomiendo ver los ítems "Análisis y discusión" y "Conclusión".

5. ANALISIS PROBATORIO

La parte demandante acusa al Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira de incurrir en una falla en el servicio médico que le fue brindado al señor Jorge Aurelio Calero Zúñiga entre el 30 de enero y el 27 de febrero de 2017, falla que enfoca en un error diagnóstico y negligencia médica, pues en su sentir se diagnosticó y trató erradamente el virus del VIH, cuando el verdadero diagnóstico del paciente era cáncer, lo que le quitó la posibilidad de mejoría.

Además, se alega que al paciente no se le pidió autorización o consentimiento para tomarle la prueba del VIH y que durante su estancia en el hospital fue víctima de trato discriminatorio y objeto de burlas y comentarios por parte del personal de enfermería debido a su condición de posible VIH positivo.

Pues bien, conforme al acervo probatorio antes relacionado, el Despacho encuentra demostrado con suficiencia que la atención brindada al señor Calero Zúñiga durante el periodo de hospitalización se ajustó a lo que señalan los protocolos para el manejo y tratamiento de la sintomatología que presentaba y no se escatimó en esfuerzos para lograr su recuperación, no obstante, el resultado adverso.

A esa conclusión se arriba luego de valorar conjuntamente el historial clínico del paciente, los testimonios del médico general que lo valoró y clasificó en el servicio de urgencias, del médico familiar que lo atendió durante su hospitalización y el de la bacterióloga que procesó algunas muestras para las pruebas solicitadas, así como el informe pericial de clínica forense.

Al efecto, el panorama ofrecido por dichos medios probatorios muestra entonces, como desde su ingreso el 30 de enero y durante el tiempo de hospitalización que se prolongó hasta el 27 de febrero de 2017, al paciente se le dio un manejo de acuerdo con la sintomatología que presentaba, buscando a través de ayudas diagnósticas, valoración médica especializada y exámenes específicos la causa del dolor lumbar y articular con irradiación a extremidades que lo aquejaba, a fin de definir diagnóstico y tratamiento, disponiendo inicialmente de estudios radiológicos en zona de cadera, hombro y rodilla izquierdos y paraclínicos.

Luego, por persistencia de dolor y antecedente de trauma en región lumbar se solicitó una radiografía de columna con cuyo reporte se solicitó valoración por ortopedia, especialidad que solicitó tac de columna lumbosacra, al tiempo que, con el reporte del hemograma que mostraba leucocitosis y neutrofilia se sospechó un cuadro infeccioso e inflamatorio sin causa clara que dio pie a solicitar radiografía de tórax para descartar foco pulmonar, prueba de VIH, serología y paraclínicos de control, y como quiera que la prueba inicial de VIH dio positivo se ordenó una prueba confirmatoria, y ante los cambios de conducta que estaba presentando con leucocitosis sin foco aparente se sospechó una neuroinfección, por lo que se inició tratamiento antibiótico y

se ordenó nuevos estudios y procedimientos, entre ellos una punción lumbar donde se tomó muestra para distintos estudios, uno de los cuales, test de ADA, arrojó resultado positivo que se consideró sugestivo de tuberculosis meníngea, por lo que, medicina familiar comentó caso con infectología y se consideró que se requería una prueba confirmatoria, pero se decidió iniciar tratamiento tetraconjugado para esa patología.

Además, se solicitó nuevos estudios, entre ellos, el de antígeno carcinoembrionario que según reporte fue positivo y se decidió suspender manejo antibiótico instaurado ya que no había indicación del mismo al descartarse meningitis bacteriana. Se consideró que la mayor probabilidad era que el paciente tuviera una lesión neoplásica metastásica a columna, sin descartar que también hubiese un proceso de tipo colección o absceso.

Entre tanto, con los resultados de escanografía de columna lumbosacra que mostraba una lesión osteolítica con efecto de masa de tejidos blandos que comprometía las vértebras L3 y L4, sugestiva de un proceso infiltrativo de tipo neoplásico, fue revalorada por ortopedia y traumatología, especialidad que, conforme a dichos hallazgos, indicó manejo por nivel IV de atención grupo de reemplazos articulares para artrosis de rodillas y manejo por cirugía de columna para lesión osteolítica a nivel L3 L4.

También se solicitó valoración por infectología y debido a que presentaba síntomas respiratorios recibió terapia respiratoria; se continuó realizando paraclínicos de control y otras pruebas de acuerdo con la evolución clínica del paciente.

De acuerdo con los paraclínicos de control que mostraban hemograma con aumento en respuesta leucocitaria y ante deterioro clínico y respuesta inflamatoria se decidió reiniciar manejo antibiótico (cefepime y vancomicina), reiniciar otro medicamento (dexametasona); iniciar manejo con líquidos endovenosos y otras pruebas.

Como quiera que los marcadores tumorales reportaron un antígeno carcinoembrionario positivo, se solicitó una colonoscopia para complementar estudios iniciales para descartar origen neoplásico en otros sitios como hígado, pulmón o tiroides, y, dados los diagnósticos complejos y las múltiples comorbilidades se consideró que el paciente debía ser manejado en un nivel superior para manejo integral con cirugía de columna e infectología, medicina interna y ortopedia, por lo cual se inició trámite de remisión que no se pudo concretar, pese a la insistencia del hospital, debido a que la EPS nunca determinó lugar de remisión.

No obstante, el hospital le continuó brindando atención con igual manejo médico instaurado y como presentaba leucocitosis y neutrofilia sin evidencia de proceso infeccioso de origen bacteriano, se suspendió manejo antibiótico, y se solicitó nuevos estudios radiológicos de tórax y paraclínicos de control.

Se continuó en constante vigilancia de la evolución del paciente, encontrándolo con dolor en el área testicular y orina por goteo asociado a disuria, por lo que se ordenó parcial de orina y urocultivo, más adelante por esa causa se ordenó sonda vesical y ecografía testicular. Como

quiera que presentaba deterioro neurológico progresivo se solicitó tac de cráneo simple y contrastado de control, estudios que se fueron realizando conforme a la prescripción médica.

En cuanto a medicación, se sugirió que debía ser manejado por tres semanas con dexametasona por tuberculosis meníngea con su tetraconjugado diario; en evoluciones posteriores se adicionó al tratamiento haloperidol gotas y ante ausencia de deposiciones por más de 1 semana se decidió adicionar bisacodilo, entre otros fármacos descritos en la historia.

También fue valorado por psicología; se continuaron solicitando estudios de rutina y otros; fue valorada por infectología recomendando estudios complementarios de resonancia nuclear magnética de columna con contraste, toma de biopsia de las lesiones para estudios específicos para descartar presencia de patología no solo neoplásica sino infecciosa; repetir estudios de CD4 y carga viral para evaluar si había errores en los resultados anteriores; realizar Western Blot para confirmar o descartar VIH; resonancia nuclear magnética cerebral con gadolinio para determinar diagnóstico de tuberculosis meníngea y evaluar si hay evidencia de cambios del mismo VIH u otras infecciones del sistema nervioso central; tomar nueva punción lumbar para nuevos estudios descritos, entre otros.

Aunque se insistió en la necesidad y urgencia de remitir al paciente a nivel superior 3-4 debido a sus diagnósticos y estado clínico que requerían estudios de alta complejidad, sin respuesta positiva de la EPS, el personal médico del hospital, entre tanto se lograba la remisión, ordenó los estudios indicados por el servicio de infectología y continuó la vigilancia clínica del paciente, prescribió paraclínicos de control, valoración por neurocirugía y adicionó protección gástrica y antiemético según condición clínica, sin embargo, el paciente presentó paro cardio respiratorio y falleció el 27 de febrero de 2017, antes de poder realizarse los estudios complementarios.

En ese orden, queda claro que el personal médico especializado hizo uso de todos los recursos a su disposición para establecer un diagnóstico y tratar al paciente conforme al mismo, disponiendo de diferentes estudios acordes con la condición clínica y de estrategias terapéuticas de acuerdo con los reportes mostrados por estos, sin embargo, pese a todos los esfuerzos médicos del nivel de atención del hospital demandado, no se logró detener el avance de la sintomatología que aquejaba al paciente y que finalmente causó su deceso.

Para este Juzgado el actuar de los profesionales de la salud que trataron al paciente durante su hospitalización, que además fue detallado por los testigos médicos, se ajusta al procedimiento descrito en el informe pericial de clínica forense, en el que se detalló el manejo esperado para el caso según las circunstancias específicas de tiempo modo y lugar, indicando:

"De acuerdo al contexto del caso, se trata de un paciente de 86 años, que ingresa con cuadro de 15 días de evolución de dolor poliarticular, sin mención de antecedentes patológicos, sin mención de otras comorbilidades, quien, al examen físico, presenta limitación en la movilización y dolor. En este caso lo principal es ingresar al paciente para evaluar cual puede ser la causal del dolor, descartando procesos inflamatorios, infecciosos o traumatismos con la toma de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas como la radiografías.

Al enfrentarse al paciente con dolor regional, siempre la anamnesis detallada deber el punto de partida: edad, sexo, comorbilidades del paciente, ocupación, deportes, cuando y como comenzó el dolor, factores que lo agravan o lo alivian, de predominio en reposo o con el ejercicio, o gatillado por movimiento determinados, carácter del dolor; dorso, urente, lancinante. Irradiación hacia otras regionales. Evolución: permanente, progresivo, intermitente. Horario: predominio diurno o nocturno, matinal, vespertino. Síntomas de compromiso neurológico: parestesias, hipoestesia, debilidad muscular. Asociación con síntomas sistémicos: compromiso del estado general, fiebre, bajo de peso, diarrea, artritis, inflamación ocular, rash cutáneo. Antecedentes familiares. Dentro del laboratorio general lo básico será un hemograma + virus herpes simple (VHS), proteína C reactiva (PCR), perfil bioquímico, función renal y orina completa. Otros exámenes de laboratorio más específicos

dependerán de la sospecha clínica. (1) Para una aproximación diagnóstica del dolor lumbar se utiliza una adecuada anamnesis y examen físico teniendo en cuenta las banderas rojas o señales de alarma dentro de las cuales están: edad de inicio del dolor lumbar menor de 20 o mayor de 55 años, historia reciente de trauma, historia de tumor maligno, uso prolongado de corticosteroides, inmunosupresión, pérdida de peso no explicada, síntomas neurológicos. Cualquiera de estas señales obliga a excluir el diagnóstico de dolor lumbar inespecífico, y se convierten en una indicación absoluta para realizar estudios de imágenes en busca de patologías que expliquen la causa del dolor lumbar para un tratamiento específico.(2)

Al identificar reactantes de fase aguda elevados, sin causa aparente, se debe realizar la búsqueda de un foco infeccioso que esté generando dicha reacción y que se relacione con el cuadro de dolor y el deterioro neurológico presentado.

Las manifestaciones clínicas de los procesos infecciosos son a menudo inespecíficas y variables (especialmente en el paciente anciano o en el inmunodeprimido), lo que dificulta el reconocimiento precoz de estos enfermos y estas situaciones. En la valoración del paciente con una infección es muy importante la sospecha y la detección de bacteriemia, ya que esta tiene un significado diagnóstico, pronóstico y obliga a cambiar algunas de las decisiones más importantes (alta-ingreso, extraer hemocultivos, administrar antibiótico (AB) adecuado y precoz (3)

Al identificarse cambios en las imágenes diagnósticas radiografías de columna lumbosacra, se debe realizar la respectiva interconsulta con el servicio que corresponda, en este caso ortopedia, con el fin de definir el posible manejo. Una vez el especialista observa las imágenes, si para el no queda claro el cuadro y/o los hallazgos, solicitara de acuerdo a sus necesidades de investigación los exámenes o imágenes pertinentes.

La radiografía simple es a menudo la primera técnica utilizada ante la sospecha de lesión tumoral. Las lesiones tumorales suelen manifestarse en radiografía simple como lesiones que destruyen hueso (osteolíticas) o lesiones formadoras de hueso (escleróticas u osteoblásticas). Algunas pueden presentar un patrón mixto. Una vez detectada la lesión suele completarse el estudio con tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear. (4)

Dado que se tenía claro el cuadro del paciente, se procede a reinterrogar al paciente, familiares, o quien pueda brindar información más precisa, es aquí donde informan sobre el antecedente de pérdida progresiva de peso y el dolor; con esta información se debe enfocar el cuadro en la búsqueda de posibles patologías que puedan generar la pérdida de peso, como son las enfermedades crónicas, enfermedades tipo neoplasias, enfermedades infectocontagiosas, independiente de su edad, razón por la cual se ordenan los exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

La mayor parte de las causas de pérdida progresiva de peso pertenecen a una de cuatro categorías: 1) neoplasias malignas, 2) enfermedades inflamatorias o infecciosas crónicas, 3) trastornos metabólicos (p. ej., hipertiroidismo y diabetes) o 4) trastornos psiquiátricos (5). En los ancianos, las causas más frecuentes de pérdida de peso son depresión, cáncer y enfermedad gastrointestinal benigna (6). Los diagnósticos del estudio se clasifican en 4 grupos: trastornos orgánicos no neoplásicos, trastornos psiquiátricos, cáncer y pérdida de peso de causa desconocida. Cuando el estudio inicial no identifica ninguna enfermedad, circunstancia común, es necesario un seguimiento sistemático por la posibilidad de detectar una enfermedad maligna oculta.

Los procedimientos diagnósticos se clasifican en: analíticos, pruebas de imagen, endoscópicos e histológicos. Dentro de los estudios analíticos se encuentran: velocidad de sedimentación globular, hemograma, glucosa, urea, sodio, potasio, urato, calcio, aminotransferasas, fosfatasa alcalina, bilirrubina directa, -glutamyl transpeptidasa, proteínas totales, albúmina, proteinograma, lactato deshidrogenasa, ferritina, hemoglobina glicosilada (HBsAg), Virus de la Hepatitis C (VHC) y un perfil de marcador tumoral sérico (MTS) (antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno carbohidrato 19.9 (CA 19.9), antígeno carbohidrato 125 (CA 125), enolasa, cyfra, PSA, alfafetoproteína)(7).

Cuando se identifica un primer resultado positivo para VIH, este requiere de un segundo examen confirmatorio, ya que pueden presentarse resultados falsos positivos y una vez obtenido el segundo examen confirmatorio, una prueba final es el western blot.

Los anticuerpos frente al VIH aparecen entre 4-8 semanas después de la exposición al virus, por lo que el diagnóstico puede realizarse con pruebas serológicas, enzimoimmunoanálisis (EIA) y Western blot. Los criterios serológicos diagnósticos (9,25) de la infección por el VIH, que, en esencia, son una prueba de EIA repetida positiva y una prueba de Western-blot positiva (presencia de bandas frente a gp120/160 más gp41 o p24). Los falsos positivos, ya sea de las pruebas EIA como del WB son muy raros y a menudo se deben a errores técnicos. Como el EIA tiene alta sensibilidad y alto valor predictivo negativo, un resultado negativo no exige confirmación por WB en sujetos sin antecedente de exposición reciente. Si existe este antecedente, la posibilidad de la infección no puede ser descartada, debiendo recordar que en el período ventana las pruebas serológicas son negativas (falsos negativos). Los pacientes con un test EIA positivo y una sola banda en el WB se consideran como resultado indeterminado. Esto suele ocurrir en pacientes con seroconversión reciente (en estos casos se hace positivo al mes), infección avanzada o infección por VIH-2 y pacientes con aloanticuerpos (gestaciones múltiples, transfusiones, trasplantes de órganos) o autoanticuerpos (enfermedades del colágeno o autoinmunes, neoplasias).

La reactividad indeterminada del WB puede ocurrir en determinadas situaciones relacionadas con la infección por el VIH. En casos de seroconversión reciente en las que aún no han aparecido todas las bandas, en recién nacidos de madres seropositivas, estén infectados o no, y en pacientes con enfermedad avanzada y grave deterioro inmunológico. Si el WB resulta indeterminado, se recurre a la realización de determinación cualitativa de ADN viral por PCR: su positividad confirma el diagnóstico y la negatividad lo excluye. Un resultado indeterminado en WB obliga a un control del paciente y a la repetición de la determinación a los 3-6 meses siendo recomendable utilizar métodos de diagnóstico directo para resolver el problema (8)

Como el paciente persiste con cambios neurológicos, agitación, desorientación y teniendo en cuenta el resultado positivo para VIH, que es una patología inmunosupresora, se considera como diagnóstico principal una neuroinfección. Las manifestaciones neurológicas son frecuentes en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) (9). Las complicaciones del sistema nervioso son comunes en los pacientes infectados por el VIH y ocurren como resultado de la inmunosupresión concomitante (infecciones oportunistas, tumores), al igual que como primera manifestación de la infección por el VIH o como un efecto adverso de la terapia (restauración inmunológica y toxicidad). Estas complicaciones contribuyen en gran medida en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes (10). La inflamación de las meninges, denominada meningitis, puede ser de etiología bacteriana, viral, fúngica o parasitaria (11). La inflamación parenquimatosa del cerebro constituye encefalitis por el virus del herpes simple (VHS), los abscesos cerebrales, acumulaciones de material purulento en el parénquima cerebral, suelen estar causados por la diseminación hematogena o contigua de una infección bacteriana(12).

El enfoque diagnóstico de la infección del sistema nervioso central en pacientes inmunocomprometidos debe incluir neuroimágenes, punción lumbar para obtener muestras de líquido cefalorraquídeo cuando corresponda,

y pruebas dirigidas a patógenas basadas en el diagnóstico diferencial. La terapia antimicrobiana empírica temprana debe incluir cobertura para bacterias adquiridas en la comunidad (p. ej., *Streptococcus pneumoniae*), *Listeria monocytogenes* y virus del herpes simple⁽¹³⁾.

Se hace pertinente la toma de tac cerebral, para aclarar si los cambios que presenta puedan estar en relación con alguna patología degenerativa, vascular, infecciosa o masas. Así como la punción lumbar para realizar los estudios que confirmen el germen causal del proceso infeccioso.

Aunque siempre se debe tener en mente la posibilidad de neuroinfección por oportunismo, no se debe descartar la posibilidad de meningitis bacteriana aguda (MBA) por lo que se recomienda manejo empírico para MBA. Siempre que se realice punción lumbar (PL) en este contexto se debe solicitar cultivo de LCR para bacterias aerobios, anaerobios, micobacterias, antígenos bacterianos, tinta china, antígeno para criptococo, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y Protein Chain Reaction (PCR) de Virus Herpes Simplex (VHS) varicela zoster y citomegalovirus (CMV). En sangre deberá solicitarse VDRL, IgG para toxoplasma y hemocultivo (14).
(...)

Al obtener el resultado del TAC de columna lumbosacra que reporta lesiones osteolíticas con efecto de masa en tejidos blandos a nivel de las vértebras lumbares 3 y 4, se hace pertinente re consultar al servicio de ortopedia para que oriente sobre si el manejo es posible realizarlo en la institución o requiere de un nivel mayor de atención.

Ante la presencia de otros signos de alarma, como déficit neurológico, sospecha de tumor, enfermedad inflamatoria o infección, existe una tendencia creciente en los clínicos a demandar la RM, si está disponible, como técnica de screening, por su mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de estas enfermedades. El diagnóstico diferencial de las lesiones osteolíticas en la columna incluye lesiones benignas como osteoma osteoide, osteoblastoma, hemangioma, quiste óseo aneurismático, etc. Entre las malignas hay que considerar el cordoma y las metástasis. Las metástasis de pulmón, tiroides y riñón son fundamentalmente de tipo osteolítico (4).

Se obtiene el resultado de la punción lumbar que por un lado orienta hacia una infección del sistema nervioso central causada por tuberculosis y por otro lado descarta otro tipo de bacterias. Ante estos hallazgos se debe ajustar el tratamiento de acuerdo al resultado obtenido, por lo que se debe suspender el tratamiento antibiótico e iniciar el tratamiento para tuberculosis ya mencionado.

La meningitis tuberculosa es la forma más letal de tuberculosis. Si no se trata, la meningitis tuberculosa es mortal, con una mediana de tiempo hasta la muerte desde el inicio de los síntomas de 19 días. Entre los adultos, el VIH es el impulsor epidemiológico más importante de la enfermedad, probablemente debido a la alteración de la respuesta del huésped al patógeno, particularmente en el LCR. En vista de la gravedad de la meningitis tuberculosa, un diagnóstico presuntivo justifica el tratamiento empírico si no se puede establecer rápidamente otro diagnóstico (15)."

Esta prueba técnica que no fue refutada, establece el manejo que debió darse a la condición clínica del paciente, el cual está acorde con el manejo dado por el personal médico del hospital demandado, que quedó documentado en la historia clínica y el relato de los testigos médicos. En efecto, se observa que, el personal médico conforme a los reportes o hallazgos de los estudios inicialmente prescritos fue solicitando nuevos estudios, y a medida que estos confirmaban la sospecha diagnóstica o la descartaban o no arrojaban claridad sobre la misma y de acuerdo con la condición clínica del paciente (pérdida de peso severa, trauma reciente, edad), se siguió solicitando estudios complementarios en el contexto de un posible virus de inmunodeficiencia humana más un posible cuadro infeccioso e inflamatorio sin foco claro, que más adelante, conforme a los exámenes se consideró sugestivo de tuberculosis meníngea, sumado a lesión osteolítica con efecto de masa de tejidos blandos en L3 y L4 sugestiva de un proceso infiltrativo de tipo neoplásico. Diagnósticos probables que hasta el último momento estuvieron en estudio, sin que se haya demostrado error en los mismos.

En todo caso, se recuerda que la responsabilidad del médico no queda comprometida, aunque al final se demuestre que no acertó con el diagnóstico, ***“pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones”***⁵⁷.

⁵⁷ Consejo de Estado Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá, D. C., dos (2) de mayo de dos mil dieciséis (2016) Radicación número: 66001-23-31-000-2005-00026-01(36517). En este proveído se precisó que para imputar responsabilidad a la administración por daños derivados de un error de valoración, es necesario demostrar que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque, por ejemplo, el profesional de la salud omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

Advierte el Despacho que tanto los recursos técnicos empleados por el personal médico como los tratamientos ofrecidos estuvieron acordes con la práctica médica para el manejo del cuadro clínico presentado por el paciente, como se indicó en el dictamen pericial cuando explicó el tratamiento para proceso infeccioso y tuberculosis meníngea:

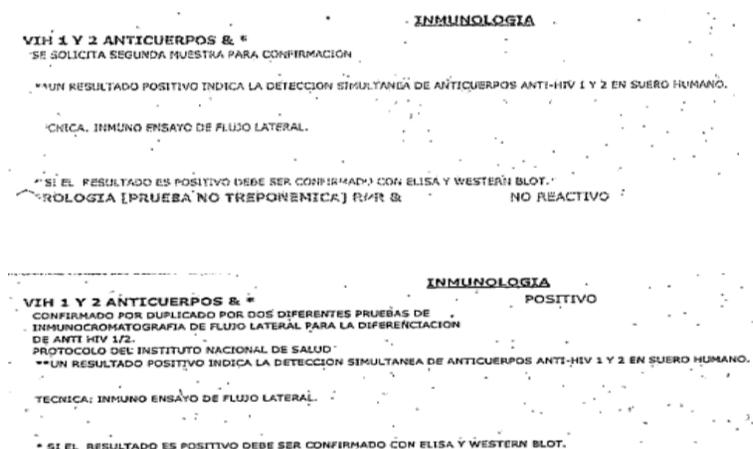
"El tratamiento igual que en todas las formas de TB requiere de la combinación de los 4 antituberculosos clásicos: rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. La adición de piridoxina para evitar su toxicidad es muy importante(14). La terapia antibiótica empírica inicial para pacientes inmunocomprometidos que acuden al servicio de urgencias con sospecha de infección del SNC debe incluir cobertura de bacterias adquiridas en la comunidad (S. pneumoniae) y L. monocytogenes. En general, también se recomienda la cobertura ampliada contra gramnegativos para Pseudomonas aeruginosa en pacientes inmunocomprometidos que presentan una infección grave. Dadas estas consideraciones, la cobertura antibacteriana de amplio espectro para la infección del SNC en el servicio de urgencias se puede lograr con una combinación de vancomicina, cefepima y ampicilina (13).

(...)

Se obtiene el resultado de la punción lumbar que por un lado orienta hacia una infección del sistema nervioso central causada por tuberculosis y por otro lado descarta otro tipo de bacterias. Ante estos hallazgos se debe ajustar el tratamiento de acuerdo al resultado obtenido, por lo que se debe suspender el tratamiento antibiótico e iniciar el tratamiento para tuberculosis ya mencionado.

La meningitis tuberculosa es la forma más letal de tuberculosis. Si no se trata, la meningitis tuberculosa es mortal, con una mediana de tiempo hasta la muerte desde el inicio de los síntomas de 19 días. Entre los adultos, el VIH es el impulsor epidemiológico más importante de la enfermedad, probablemente debido a la alteración de la respuesta del huésped al patógeno, particularmente en el LCR. En vista de la gravedad de la meningitis tuberculosa, un diagnóstico presuntivo justifica el tratamiento empírico si no se puede establecer rápidamente otro diagnóstico (15)."

En lo que atañe al diagnóstico de VIH, los medios probatorios dan cuenta que hubo una prueba inicial que arrojó positivo, pero no hay claridad sobre el resultado de la segunda, toda vez que en la historia clínica se indica que fue negativa⁵⁸, mientras que la testigo técnica de profesión bacterióloga que procesó las muestras del paciente aseguró en su declaración que la segunda prueba también fue positiva, y sobre ello los resultados concretos indican⁵⁹:



Sobre estos resultados, en la valoración por infectología⁶⁰ realizada el 23 de febrero se indicó que *no es claro si el paciente tiene dos pruebas de VIH positivas porque el laboratorio no es claro.*

Al margen de esa situación, el Despacho advierte que al menos si hay certeza de una prueba con resultado positivo para VIH, y que ante esa sospecha el protocolo médico, según lo manifestado por los testigos técnicos y el informe pericial, exige una prueba confirmatoria de Western Blot, tal como se hizo en el caso del señor Calero Zúñiga, cuyo reporte se obtuvo cuando ya el paciente había fallecido y no descartó el diagnóstico sino que resultó indeterminado, por lo que debía repetirse en 20 a 30 días.

Así las cosas, no es válido el argumento de que hubo error en el diagnóstico y tratamiento del VIH por el hecho de que no se confirmó y que se dejó de tratar el cáncer que padecía el paciente,

⁵⁸ Pág. 21, archivo 22, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁵⁹ Pág. 80 y 82, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

⁶⁰ Pág. 150, archivo 03, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

pues lo cierto es no hubo tal error, en la medida que los reportes de las pruebas tomadas evidenciaron en primera instancia una respuesta positiva para VIH que debió ser sujeta a prueba confirmatoria, cuyo resultado posterior al deceso del paciente salió indeterminado, de manera que, aunque no se confirmó el resultado positivo tampoco quedó descartada la sospecha de VIH, como pretende hacer ver la parte actora. Ante una prueba inicial positiva que sugería ese diagnóstico, era necesario que el personal médico continuara estudiando a fin de confirmarlo y definir tratamiento, sin que el hecho de que la prueba confirmatoria arrojara indeterminado implique error de diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, se observa que en la valoración por infectología realizada el 23 de febrero se indica que no había tratamiento antirretroviral, lo que en sentir del Despacho seguramente obedeció a que debía tratarse primero el foco infeccioso que se advertía en el paciente antes de iniciar tratamiento antirretroviral para VIH, pues de lo contrario se podría generar una respuesta adversa, según lo afirmado por el médico familiar tratante en su declaración, quien sin embargo, indicó que se inició un tratamiento empírico, pero se suspendió porque tenían que establecer qué tenía el paciente en su contexto infeccioso antes de darle continuidad.

Respecto al padecimiento de cáncer que según la parte actora se dejó de tratar, se observa que lo que se halló en el paciente fue un reporte de antígeno carcinoembrionario positivo que el médico familiar señaló como alto, además de unas lesiones en columna lumbar y masas sugestivas de lesiones neoplásicas posiblemente secundarias a foco principal, que según criterio del médico ortopedista debían ser manejadas integralmente en nivel superior por cirugía de columna, remisión que coadyuvó el médico familiar para el resto de comorbilidades que presentaba, a fin de que se diera manejo integral por medicina interna, ortopedia e infectología, para lo cual se inició el respectivo trámite de remisión sin que lograra hacerse efectivo.

De manera que, el cuadro clínico del paciente fue tratado conforme a los hallazgos de las pruebas diagnósticas y en lo que toca con las lesiones sugestivas de cáncer no se observa un tratamiento concreto porque se encontraba en fase de estudio, es decir, se trataba de una impresión diagnóstica y se había determinado su manejo integral por nivel superior, siendo claro el médico tratante que no podía ordenar un tratamiento sin tener un estudio histopatológico de cáncer ni saber qué tipo de cáncer era y que precisamente por eso estaba en remisión para otro nivel.

Sumado a ello, destaca el Despacho que el médico familiar tratante refirió en su declaración que el cáncer y el VIH son patologías que pueden coexistir, que inclusive el VIH es uno de los factores predisponentes para cáncer en los pacientes y hay una fase denominada sida en la que ya el VIH ha producido una condición oncológica, citando algunos ejemplos en los que se evidencia que el VIH con una condición oncológica van de la mano.

Entonces, en el caso bajo estudio no está demostrado que los médicos interpretaran de forma indebida los síntomas que presentaba el paciente o hayan omitido el uso de algún recurso técnico o científico de acuerdo con dicha sintomatología.

En conclusión, se tiene que el paciente sufrió un paro cardio respiratorio en el contexto de las comorbilidades descritas en su historial clínico que le causó la muerte y que el hospital demandado le brindó atención médica oportuna y adecuada de cara a las necesidades que el personal de salud consideró. Por tanto, su deceso devino de un cuadro clínico sugestivo de varias afecciones que desmejoraron su salud hasta ese punto, sin que en ello pueda predicarse una atención médica inoportuna, negligente o contraria a lo que indica la *lex artis* por parte del personal médico del hospital, conclusión que se confirma con el informe pericial de clínica forense que destaca la adecuada atención médica impartida al paciente y que no hay nexo de causalidad entre esta y su fallecimiento:

"A. La atención en salud brindada desde el 30 de enero al 27 de febrero 2017 en el Hospital Raul Orejuela Bueno, de Palmira Valle fue adecuada a la atención esperada o norma de atención para el caso específico.

(...)

C. Se determina que no hay nexo de causalidad médica entre la atención prestada por el personal del Hospital Raúl Orejuela Bueno y el fallecimiento del paciente Jorge Aurelio Calero,

(...)

De acuerdo a la condición de ingreso en la que se menciona llega el paciente Jorge Aurelio Calero a la institución, se considera que los exámenes se enfocan y solicitan de manera adecuada. Inicialmente busca de proceso causal del dolor, se solicitan reactantes de fase aguda, exámenes en busca de patologías articulares, así como patología renal o infecciosa.

Ante los resultados de cuadro articular negativo, pero con reactantes de fase aguda como el hemograma, pcr patológicos y la persistencia de limitación y dolor, se ordena RX de columna lumbosacra; ante los hallazgos de la radiografía y la manifestación de los familiares de un antecedente de caída, se solicita la valoración por el especialista (ortopedia).

Dado los hallazgos en el hemograma sin identificar el foco infeccioso, además relacionando el cuadro con la pérdida de peso del paciente, se busca foco infeccioso con la RX de tórax y se solicitan exámenes que puedan orientar la condición clínica (VIH, serología). Al obtener resultado de VIH positivo se ordena valoración por medicina familiar, solicitando de manera previa hemocultivos e iniciando manejo antibiótico de amplio espectro, pensando en las patologías concomitantes en pacientes VIH. Así mismo el ordenamiento de exámenes de laboratorio en busca de patologías oportunistas.

La atención del paciente Jorge Aurelio Calero, a su ingreso se realiza de acuerdo a la condición clínica manifiesta por el paciente de cuadro de dolor en región lumbar, la continuidad del proceso de atención, se enfoca de acuerdo a los hallazgos clínicos y paraclínicos que presenta el paciente, basados en el método clínico que se dirige a la interrogación y enfoque de manejo diagnóstico soportado en los hallazgos clínicos, examen físico y resultados de laboratorio.

(...)

La solicitud y toma de exámenes de laboratorio encaminados al VIH, están ajustados a las recomendaciones de la OMS, de acuerdo al Algoritmo diagnóstico de la: Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más) y adultos / GPC-2014-39. Protocolo acogido por la Institución Raúl Orejuela Bueno ESE."

Atendiendo que la prueba técnica recaudada apunta inequívocamente a que el manejo médico brindado al paciente por el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. fue adecuado y enmarcado dentro de los parámetros de la ciencia médica, es claro que no se configura la falla del servicio alegada en la demanda, ya que *las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociados, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente*, aspectos que no se presentan en el caso bajo estudio.

Es importante precisar que, dentro de los estudios específicos ordenados al paciente se observó una colonoscopia para descartar neoplasia intestinal, la que según la historia clínica se practicaría el 23 de febrero, sin embargo, no hay reporte de esta, además, los estudios complementarios sugeridos por infectología fueron solicitados por medicina familiar, pero el paciente falleció antes de que pudieran practicarse. Frente a ello, observa el Despacho que no hay prueba técnica dentro del proceso de la que se pudiera inferir que esa situación haya determinado su deceso, o que de haberse realizado estos haya variado su condición, pues lo cierto es que su compromiso clínico era evidente debido a las comorbilidades que presentaba y fue lo que finalmente causó su muerte.

Ahora bien, el extremo activo alega que al paciente no se le pidió autorización o consentimiento para tomarle la prueba del VIH y que durante su estancia en el hospital fue víctima de trato discriminatorio y objeto de burlas y comentarios por parte del personal de enfermería debido a su condición de posible VIH positivo.

Frente a lo primero, se advierte que en la historia clínica en efecto no obra el consentimiento del paciente para la toma de la referida prueba, y al preguntarle al médico familiar sobre este aspecto respondió que antes del 2019 no se solicitaba autorización para toma de este estudio.

Pues bien, al margen de que el consentimiento informado⁶¹ para este evento sea un derecho del paciente y un deber⁶² para el personal médico previo a la realización de la prueba de detección del VIH, este operador judicial considera que el hecho de que no aparezca demostrado su diligenciamiento en el caso del señor Calero Zúñiga no compromete por sí solo la responsabilidad que se pretende endilgar a la accionada, toda vez que no hay prueba que indique que repercutió de alguna manera en el deterioro clínico del paciente y posterior deceso, es decir, no existe ninguna relación causal.

Así lo ha explicado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia:

“...el precedente de esta Corporación establece la posibilidad de ligar causalmente un específico resultado dañino con la ausencia de consentimiento informado, en tanto omisión (culposa, per se) atribuible al galeno, a condición de que ese daño (i) no se hubiera producido de eliminarse el tratamiento o intervención no consentidos; y, además, (ii) sea la manifestación de un riesgo previsible. Si estos requisitos concurrentes no se satisfacen, la ausencia de la manifestación de voluntad se tornará inane, al menos en cuanto tiene que ver con la reparación de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales derivados de la lesión a la salud o la vida del paciente...”⁶³

Por tanto, se reafirma que en este caso la falta de consentimiento en la toma de la prueba de VIH no tiene ninguna relación causal con el resultado final (muerte) por el cual se reclama indemnización, ya que dicha omisión solo resulta relevante cuando se materializa un riesgo previsible no informado ni asumido por el paciente, lo cual no acaeció, pues no hay manera de establecer que ello repercutió de manera alguna en el deterioro y muerte de aquel.

En cuanto a lo segundo, observa el Despacho que el 6 de marzo de 2017, la señora Mayra Alejandra Gómez Calero presentó queja ante el Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira por el servicio prestado por personal de enfermería durante el tiempo de hospitalización de su abuelo, informando situaciones de irrespeto y falta de tacto al dirigirse a los familiares del paciente por su posible diagnóstico de VIH⁶⁴, además, se indica que los familiares preguntaban por la segunda prueba y no querían que el paciente conociera dicho diagnóstico, lo que denota que si tenían conocimiento o habían sido informados sobre ello, contrario a lo afirmado por su apoderado. Sin embargo, no obra en el plenario ningún otro elemento probatorio que corrobore lo alegado por el extremo activo, al punto que los testigos técnicos manifestaron que no les

⁶¹ La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha señalado hace que parte del derecho a recibir información y del derecho a la autonomía que se encuentran reconocidos por la Constitución en los artículos 16 y 20. A su vez, ha determinado que tiene un carácter de principio autónomo y que además materializa otros principios constitucionales como la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad individual, el pluralismo y constituye un elemento determinante para la protección de los derechos a la salud y a la integridad de la persona. Ver C-182 de 2016.

⁶² Artículo 2.8.1.5.8. del Decreto 780 de 2016.

⁶³ SC3604-2021 M.P. Luis Alonso Rico Puerta. Sentencia del 25 de agosto de 2021.

⁶⁴ Pág. 115 a 118, archivo 01, carpeta cuaderno principal del expediente digital.

constaba la situación planteada y que en el hospital se propende por el trato digno y ético de los pacientes. Así pues, ante la falta de pruebas debe tenerse por no probado el hecho demandado, el que en todo caso no tiene relación de causalidad con el daño cuya reparación se pretende.

Finalmente, observa esta judicatura que el personal médico dispuso la remisión del paciente a nivel superior para manejo integral por ortopedia, infectología y medicina interna, e insistió en varias ocasiones en la necesidad y urgencia de su remisión, sin que la EPS definiera la institución de mayor nivel para su traslado, alegando, según la historia clínica, que no había cupo, situación frente a la cual el dictamen pericial aludido refirió que hubo *“un retraso en la atención por parte de la EPS Emssanar, al dilatar el proceso de remisión y no garantizar la pronta ubicación del paciente en una institución de mayor nivel de complejidad”*, lo que permite concluir que la remisión del paciente no fue posible por causas no atribuibles a la demandada sino a la EPS del paciente, la que en todo caso no fue demandada.

En ese orden de ideas, se concluye que no se acreditó la responsabilidad que se le endilga al Hospital Raúl Orejuela Bueno E.S.E. de Palmira, razón por la cual se negarán las súplicas de la demanda.

6. CONDENA EN COSTAS

El Consejo de Estado⁶⁵ respecto de la condena en costas que incluye las agencias en derecho en vigencia del CPACA, concluyó que la legislación varió del Código Contencioso Administrativo al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo de un criterio subjetivo a uno objetivo valorativo.

Objetivo, en cuanto prescribe que en toda sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, bien sea total o parcial o con abstención, según las reglas del Código General del Proceso; y valorativo, en cuanto se requiere que el juez revise si ellas se causaron y en la medida de su comprobación (como sucede con el pago de gastos ordinarios del proceso y con la actividad profesional realizada por los abogados de las partes), sin que en esa valoración se incluya la mala fe o temeridad de las partes.

En el caso presente observa el Despacho que la entidad demandada, la cual salió avante en este litigio, no incurrió en gastos, motivo por el cual esta agencia judicial se abstendrá de condenar en costas al extremo activo.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda.

⁶⁵ Sentencia 2012-00144 de junio 8 de 2016, CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN PRIMERA Rad.: 15001-2333-000-2012-00144-01.

SEGUNDO: Sin lugar a condena costas en esta instancia.

TERCERO: NOTIFICAR esta providencia a las partes, de conformidad con los artículos 203 y 205 del CPACA, a las siguientes direcciones de correo electrónico que obran en el proceso:

juan.velasco@abcjuridico.com.co

juan.velasco02@gmail.com

ajuridicahrob@gmail.com

notificacionesjudicialeshrob@gmail.com

juridica@hrob.gov.co

abogadojuridica@hrob.gov.co

notificaciones@solidaria.com.co

notificaciones@gha.com.co

gherrera@gha.com.co

procjudadm58@procuraduria.gov.co

CUARTO: En firme esta sentencia, **ARCHIVAR** el expediente previas anotaciones de rigor, devolución de remanentes por concepto de gastos ordinario del proceso y expedición de las copias que soliciten las partes.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:

Mario Andres Posso Nieto

Juez

Juzgado Administrativo

Oral 007

Cali - Valle Del Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **39f72fe7f5a5842422c6156c7822924d206cc28e53168001753c473fc43f4651**

Documento generado en 18/04/2024 10:02:14 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>