



Cartago Valle del Cauca, 28 de abril de 2021

Doctor  
ANDRES JOSE ARBOLEDA LOPEZ  
Juez  
JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL  
E.S.D.

**Referencia:** CONTESTACION ACCION DE REPARACION DIRECTA  
**Radicación:** 76-147-33-33-001-2020-00143-00.  
**Demandante:** JUAN SEBASTIAN JIMENEZ CARDONA Y OTROS  
**Demandado:** EPS COOSALUD, HOSPITAL SAN JORGE DE PEREIRA, CLINICA MARIA ANGEL DE TULUA VALLE, HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, HOSPITAL UNIVERSITARIO EVARISTO GARCIA DE CALI, I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO VALLE E.S.E

**ANA MARIA TOVAR GUTIERREZ**, mayor de edad e identificada con la cedula de ciudadanía numero 31.426.992 expedida en Cartago Valle, con tarjeta profesional No. 127.269 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderada de la I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO VALLE ESE demandada dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito me permito contestar la demanda de Reparación Directa instaurada por Juan Sebastián Jiménez Cardona y Otros, con base en los hechos que expongo, oponiéndome a todas las pretensiones de la parte actora.

### HECHOS

**PRIMERO:** Es una afirmación de la demandante.

**SEGUNDO:** No es un hecho. Me atengo a lo manifestado por la parte demandante.

**TERCERO: ES CIERTO.** De acuerdo a lo consignado en la historia clínica del día 19 de marzo de 2019 a las 1:34, fue recibida y atendida conforme se registra:

“Motivo de Consulta: DOLOR DE CABEZA Y VOMITOS.”

“Enfermedad Actual: PACIENTE CON VOMITOS DESDE HACE 6 HORAS ASOCIADO NAUSEAS MALESTAR Y CEFALEA DICE QUE ESTA VOMITANDO TODO MUCHAS NAUSEAS , DICE QUE AHORA EN LA NOCHE HA VOMITADO VARIAS VECES , INGRESA HABALANDO POR TELEFONO CON UNA FAMILIARA, POSTERIOR PRESENTA ARCADAS DE VOMITOS DURANTE LA ENTREVISTA EN LA CONSULTA PRESENTA CONVULSION TONICO CLONICA , SALORREA Y PERDIDA DE LA CONCIENCIA, Y SE PASA INMEDIATAMENTE PARA LA SALA DE REANIMACION.”

“Recomendaciones: OBSERVACION SALA REANIMACION MONITOREO NO INVASIVO OXIGENO CANULA NASAL CLORURO SODIO 500 CC BOLO METOLCOPRAMIDA AMP IV EN LEV RANITIDINA AMP 50 MMG IV GLUCOEMTRIA ELECTROCARDIOGRAMA CSV.”

“Ordenación: ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE, GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A, GLUCOMETRIA 171 MG DL.”



“PACIENTE QUE DURANTE LA OBSERVACION EN SALA DE REANIMACION SE DESPIERTA EXPONTANEAMENTE Y SE OBSERVA PERDIDA DE FUERZA MUSCULAR DE PIERNA IZQUIERDA, EN EL MOMENTO CONSCIENTE ORIENTADA ALERTA, SE INICIA GOTEO DE FENITOINA 3 AMP EN 250 CC SSN PASAR 30MIN.”

**CUARTO: ES CIERTO.** En la historia clínica se consigna:

“Idx: Femenina de 63 años de edad Antecedente de hipotirodismo se desconoce tratamiento. Paciente que ingresa en contexto de episodio de emesis en repetidas ocasiones, además de cefalea frontoocular intensa que luego se generaliza. Ingres a urgencias despierta, alerta consciente y orientada, se indicó observación medica y posterior a ello presenta episodio de convulsión tónico clónica que se generaliza, asociado a ello presenta sialorrea, presenta recuperación de estado neurológico de forma espontánea a los 5 minutos. Se inició manejo médico y se indicó observación neurológica. Paciente que ingresa estable hemodinámicamente, con Ta 145 /60 fc 60 x min. fr 16 sao2 97% normocefalo, mucosas húmedas, sin masas ni megalias, conjuntivas rosadas. Cuello simétrico no ingurgitado, Rscrs sin soplos mv presente. No hay signos de dificultad respiratoria. Abómen blando depersibe sin masas ni megalias. Ext: móviles simétricas sin edemas. hiperrefelxia de miembro inferior izquierdo. Snc: alerta, despierta, reactiva a estímulos, con glasgow 15/15. Presenta desorientación temporal-espacial, se torna con alucinaciones visuales, pupilas isocoricas normoreactivas. Hay limitación para la marcha por fuerza disminuida en miembros inferiores.”

“Ap: Paciente femenina de 63 años de edad, quien ingresa en contexto de cefalea y emesis y quien presenta episodio convulsivo generalizado (sin antecedentes de epilepsia) ingresa estable hemodinamicamente, sin disnea ni signos de bajo gasto, llama la atención al examen físico encontrar alteración neurológica dada por desorientación temporal- espacial y que se torna con alucinaciones.”

“Se indica ante sospecha de evento cerebrovascular Vs lesión cerebral o masas cerebral dejar en observación para vigilancia del estado neurológico, se indica continuar manejo con fenitoina y se inicia tramite de remisión para valoración por medicina interna / neurocirugía- paciente que amerita toma de neuroimagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo sin antecedentes de epilepsia.”

Es decir, que frente a la atención y análisis médico, el profesional acertadamente y de manera inmediata decide iniciar remisión para valoración por especialistas en medicina interna y neurología, además, que por su criterio médico considera la necesidad de una neuroimagen, atenciones y exámenes que no pueden ser satisfechos en un I NIVEL como lo es la IPS del Municipio de Cartago.

**QUINTO: NO ES CIERTO** lo afirmado en este hecho cuando afirma el demandante “El mismo día, siendo las 6:02 am, según anotación de historia clínica la paciente fue desmejorando en su salud.”

En la historia clínica se registró lo siguiente:

“Notas de Enfermería Fecha: 19/03/2019 Hora: 06:02:12 Profesional: KAREN ELIANA MORENO TORRES: ENTREGO PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS REANIMACION CONCIENTE DESHORIZONTAL, SE QUEDA L A CANULA DE OXIGENO, OBEDECE ORDENES MOTORAS, CON DX DE NAUSEA VOMITO, CON SSN A 60CC/ HORA, ACEPTA Y TOLERA MEDICAMENTOS, DURANTE LA NOCHE PASA INQUIETA DESORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y ESPACIO SE RETIRA OXIGENO, PACIENTE QUE SE LE DIFICLTA MOVER EXTREMIDADES SUPERIOR E INFERIOR IZQUIERDA POR LO QUE LA INMOVILIZAMOS, ELIMINO NO HIZO DEPOSICION, QUEDA EN LA UNIDAD PENDIENTE REMISION PARA MIPENDIENTE REPORTE DE PARACLINICOS.”



Por lo tanto, no es cierto lo manifestado en este hecho, pues solo se trata de una apreciación propia y subjetiva de la contraparte.

**SEXTO: ES CIERTO** que se ordenó realización de TAC de cráneo simple, pero no como lo afirma la parte activa por complicaciones, sino porque este es un examen para detectar sangrados, lesiones cerebrales y fracturas del cráneo en pacientes con lesiones en la cabeza, sangrados causados por rupturas o fisuras de aneurismas en un paciente con dolores de cabeza repentinos.

Se ordenó para tener certeza de la causa del dolor de cabeza que aquejaba a la paciente.

**SEPTIMO: ES CIERTO**

**OCTAVO: ES CIERTO.**

Se aclara, que la falta de realización del TAC en el momento en que se ordenó es por demora de la autorización por parte de la EPS COOSALUD quien era su asegurador en el sistema de seguridad social en salud.

**NOVENO: ES CIERTO**, el TAC se realizó en la entidad RADIOLOGOS DE MARISCAL y sale del servicio sin complicación, con resultado de hemorragias intraventricular, falta reporte oficial.

Se aclara, que la falta de realización del TAC en el momento en que se ordenó por el personal de la IPS es por la demora de la autorización por parte de la EPS COOSALUD quien era su asegurador en el sistema de seguridad social en salud.

**DECIMO: NO HA Y HECHO DECIMO.**

**DECIMO PRIMERO: ES CIERTO.**

**DECIMO SEGUNDO: ES CIERTO.**

**DECIMO TERCERO: ES CIERTO.**

**DECIMO CUARTO: ES CIERTO.** “Paciente fue llevada como urgencia vital al Hospital San Jorge donde no es aceptada porque no hay cupo en UCI, se comunica vía telefónica con pilar la auditora de COOSALUD e indica vía telefónica que debe ser llevada a Clínica María Ángel Tuluá donde hay convenio y hay UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá. La paciente en el momento entubada con spo2 98% f c 55x t 130/80 fr 20 t 36 se sigue a la Clínica María Ángel Tuluá.”

**DECIMO QUINTO:** Ya se contestó en el hecho decimo cuarto.

**DECIMO SEXTO- VIGESIMO PRIMERO: ES CIERTO.** “Paciente que se recibe en ambulancia para continuar como traslado de urgencia vital, intubada, con saturación de 95% y fc= 52.. se llega a la Clínica Maria Angel de Tulua donde medico la comenta con neurocirugía que indica toma de angiografía cerebral donde no tiene disponibilidad de este examen por lo que se debe continuar con paciente a otro nivel donde haya disponibilidad. Se continua llegando a San José de Buga donde se comenta paciente con medico de cuidado crítico donde realiza triage y no recibe paciente por no haber disponibilidad de cama en UCI, que se continúe con paciente donde haya su disponibilidad de atención, se llega al HUV de Cali con sus signos de paciente de saturación 96%, fc= 50 y ta= 110/50 Donde es valorada por medico de turno informándonos que no hay cama en UCI que no se puede recibir porque no hay disponibilidad de cama que antes están trasladando paciente a otras IPS para





UCI, se le trata de explicar que es nuestra IPS de referencia que tenemos de mayor nivel que si no nos oriente donde más explicándonos que hay varias en Cali que por el estado del paciente se puede ingresar, se continua camino con paciente siendo mas de las 1:30 am del día 20-3-2019, arribando a la Clínica de Imbanaco que nos atienden en triage y es recibida previa valoración de medico intensivista que explica a familiar su estado de gravedad, se deja en sala de UCI.”

**VIGESIMO SEGUNDO:** No le consta a mi representado, se trata del diagnóstico del personal de otra entidad de salud ajenos a la IPS del Municipio de Cartago.

**VIGESIMO TERCERO:** No le consta a mi representado, se trata del diagnóstico del personal de otra entidad de salud, ajenos a la IPS del Municipio de Cartago.

**VIGESIMO CUARTO:** No le consta a mi representado, pues sucedió en otra institución diferente a la IPS del Municipio de Cartago.

**VIGESIMO QUINTO:** No es un hecho, se trata de manifestaciones de la contraparte.

**VIGESIMO SEXTO:** Se trata de manifestaciones de la contraparte y no es un hecho.

**VIGESIMO SEPTIMO:** No es un hecho.

**VEGESIMO OCTAVO:** Es cierto.

### EXCEPCIONES

Me permito proponer a nombre de mi representado, las excepciones de **INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MEDICO POR DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA ATENCION MEDICA, AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD E INEXISTENCIA DE LAS CAUSAS INVOCADAS y ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL**, las cuales procedo a fundamentar basadas en la historia clínica, literatura médica, las normas, jurisprudencia, así como en las circunstancias que dieron origen al caso que hoy nos ocupa.

La Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, consagró en su artículo 14 la Organización del Aseguramiento, definiéndolo así: “ Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.”

Las encargadas del aseguramiento en Colombia son las entidades promotoras de salud EPS.

Para lograr una efectiva prestación del servicio, se determinó en el artículo 61 de la Ley 1438 de 2011, que la prestación de servidos de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud, se hará a través de las redes integradas de servidos de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Dentro de la red de servicios se encuentran los Prestadores de servicios de salud, considerándose como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.



La I.P.S. DEL MUNICIPIO DE CARTAGO VALLE es una Empresa Social del Estado del Orden Municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, del PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, cuyo régimen jurídico aplicable es el contemplado en los artículos 194, 195 y 197 de la ley 100 de 1993.

El objeto de la empresa será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público y como parte integrante del Sistema de seguridad Social en Salud, en consecuencia y en desarrollo de su objeto y complejidad, adelantará acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

La entidad se ha caracterizado siempre por dar cumplimiento a los principios básicos del servicio, tales como:

**Calidad:** La cual hace relación a la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo con los patrones fijos aceptados sobre procedimientos científico técnicos y administrativos y mediante la utilización de tecnologías apropiadas de acuerdo con las especificaciones de cada servicio.

**Eficiencia:** Definida como la mejor utilización de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la población.

**Equidad:** Entendida como la atención a los usuarios en la medida en que lo determinen sus necesidades particulares de salud, las disposiciones que rigen la el Sistema de Seguridad Social en Salud y los recursos institucionales, sin que medien otros criterios que condicionen la atención o discriminen la población.

## **INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MEDICO POR DILIGENCIA Y CUIDADO EN LA ATENCION MEDICA**

Esta excepción encuentra su razón de ser en la Historia Clínica, entendida como el documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

La historia clínica es el medio probatorio que permite evaluar la calidad asistencial brindada al paciente, convirtiéndose en el documento médico legal esencial para desvirtuar o confirmar la responsabilidad de los profesionales y de la entidad prestadora del servicio de salud, razón por la cual, analizado el documento producido por la Institución se observa que la atención, procedimientos, evolución y remisión, es decir, el cuidado de la paciente satisfizo las necesidades de registro de atención primaria, cumpliendo con las expectativas básicas del historial de salud.

El carácter completo y permanente de la historia clínica es condición de calidad de los cuidados médicos, o de la correcta asistencia facultativa que se brindó.

La historia clínica establece de manera fehaciente que mi representado cumplió con los deberes como institución prestadora de servicios de salud, de acuerdo a su capacidad como entidad de PRIMER NIVEL DE ATENCION, DE BAJA COMPLEJIDAD que adelanta acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Se dispone de una Historia clínica de buena calidad en sus registros, con pertinencia de los ordenamientos médicos, la cual es sistematizada del software SIHOS cuyas características de seguridad no permiten entre otras, la modificación ni eliminación de un registro de la misma y/o asociado.



Se tiene además, que el personal médico actuó de acuerdo a las guías clínicas para los eventos como el que hoy nos ocupa, y en observancia a lo que la literatura científica ha definido, en contraste con las conductas tomadas por parte de los médicos que prestan sus servicios a la IPS, se tiene lo siguiente:

De acuerdo al análisis realizado por la auditoría médica de la IPS, se considera que la atención médica dispensada en este primer nivel de complejidad fue adecuada al estado clínico de la paciente y a la disponibilidad de nuestros recursos humanos, farmacológicos y tecnológicos.

Paciente de 65 años de edad quien presentó evento cerebrovascular hemorrágico en la noche del día 19 de marzo de 2019. Es una entidad patológica no evitable ni previsible.

Acude a nuestro servicio de urgencias donde presenta convulsión generalizada la cual es tratada adecuadamente y de manera inmediata.

Se inicia entonces el manejo de esta patología de urgencia de acuerdo a nuestro nivel básico de atención, y se inicia el respectivo proceso de remisión a nivel superior para valoración por especialidades médicas, tales como medicina interna y/o neurología.

Es fundamental en este momento enfatizar, recordar y aclarar que las remisiones de pacientes entre instituciones de salud deben ser comentadas previamente por la institución que remite, y aceptadas por la respectiva institución receptora; incluso, debe haber un código de autorización de la aseguradora del paciente (EPS). No está permitido trasladar pacientes sin la respectiva aceptación para evitar lo que llaman “paseo de la muerte” cuando se llega de sorpresa a una clínica u Hospital donde no esperan al paciente y no hay disponibilidad de atención.

La Secretaría Departamental de Salud del Valle lo recordó en Circular Externa, pues por la Emergencia sanitaria COVID19 se prohíbe traslado de pacientes sin autorización o código de aceptación de la entidad receptora del paciente.

Se comenta paciente a la red de referencia de su aseguradora, en este caso COOSALUD EPS, y dependiendo del diagnóstico y tipo de patología clínica se determina qué especialidad requiere el paciente y así se solicita el apoyo a instituciones de nivel superior.

Hago hincapié en que nunca se contó con el apoyo de la central de referencia de su EPS, su red de referencia contactada a través de correo electrónico por el personal de la IPS del Municipio de Cartago, no tuvo disponibilidad de cupo y por ello no fue aceptada oportunamente, razón por la cual frente al diagnóstico los médicos deciden de manera acertada trasladar a la paciente como urgencia vital por el deterioro neurológico.

De acuerdo a la literatura médica del NIH: *Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares*, “El accidente cerebral hemorrágico es el tipo menos común. Ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra dentro del cerebro. En cuestión de minutos, las células del cerebro comienzan a morir. Las causas incluyen un aneurisma hemorrágico, una malformación arteriovenosa o la rotura de una pared arterial.”

“Los síntomas de un derrame cerebral son:

- Entumecimiento o debilidad repentina de la cara, brazo o pierna (especialmente en un lado del cuerpo)
- Confusión repentina, dificultad para hablar o entender el lenguaje
- Dificultad repentina para ver con uno o ambos ojos
- Problemas para caminar repentina, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación
- Dolor de cabeza severo repentino sin causa conocida”





La Bibliografía de la Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.<sup>a</sup> edición, define que, “El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro gotea o se rompe. Las hemorragias cerebrales pueden ser el resultado de muchas afecciones que afectan los vasos sanguíneos. Los factores relacionados con el accidente cerebrovascular hemorrágico incluyen lo siguiente:

- Presión arterial alta no controlada
- Sobret ratamiento con anticoagulantes
- Protuberancias en puntos débiles de las paredes de los vasos sanguíneos (aneurismas)
- Traumatismo (como un accidente automovilístico)
- Depósitos de proteínas en las paredes de los vasos sanguíneos que provocan una debilidad en la pared del vaso (angiopatía amiloide cerebral)
- Accidente cerebrovascular isquémico que causa hemorragia.”

“Muchos factores pueden aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular. Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular potencialmente tratables incluyen:

Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida

- Tener sobrepeso u obesidad
- Inactividad física
- Beber en exceso o darse atracones de bebida
- Uso de drogas ilegales como la cocaína y la metanfetamina

Factores de riesgo médicos

- Presión arterial alta
- Fumar cigarrillos o exposición al humo de segunda mano
- Colesterol alto
- Diabetes
- Apnea obstructiva del sueño
- Enfermedad cardiovascular, incluidos insuficiencia cardíaca, defectos cardíacos, infección cardíaca o ritmo cardíaco anormal, como fibrilación auricular
- Antecedentes personales o familiares de accidente cerebrovascular, ataque cardíaco o accidente isquémico transitorio
- Infección por COVID-19.”

“Otros factores asociados con un riesgo más alto de accidente cerebrovascular incluyen:

**-Edad: Las personas de 55 años de edad o mayores tienen un riesgo más alto de accidente cerebrovascular que las personas más jóvenes-**

**-Sexo:** Los hombres tienen un riesgo más alto de accidente cerebrovascular que las mujeres.

**Las mujeres generalmente son mayores cuando tienen accidentes cerebrovasculares y tienen más probabilidades de morir de ellos que los hombres.**

**-Hormonas:** El uso de píldoras anticonceptivas o terapias hormonales que incluyen estrógeno aumenta el riesgo.

Frente a la Hemorragia Subaracnoidea, No Específica, la literatura médica (*Ji Y. Chong, MD, Weill Cornell Medical College, Última revisión completa jul. 2020*), define que “es una hemorragia repentina dentro del espacio (espacio subaracnoideo) comprendido entre la capa interna (piamadre) y la capa media (aracnoides) del tejido que recubre el encéfalo (meninges).”



“La causa más frecuente es la ruptura de una dilatación (aneurisma) en una arteria.”

“Por lo general, la ruptura de una arteria provoca un dolor de cabeza súbito e intenso, a menudo seguido de una breve pérdida de consciencia. Para confirmar el diagnóstico se utilizan la tomografía computarizada o la resonancia magnética nuclear, la angiografía y, a veces, la punción lumbar.”

“Para aliviar el dolor de cabeza y controlar la presión arterial se utiliza el tratamiento farmacológico y para detener la hemorragia, el tratamiento quirúrgico.”

“La hemorragia subaracnoidea **es una enfermedad potencialmente mortal**, que rápidamente da lugar a discapacidades graves y permanentes. Es el único tipo de accidente cerebrovascular más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.”

“Síntomas

-Visión doble

-Dolor de cabeza repentino y grave que difiere de los dolores de cabeza anteriores.”

“Estos signos de alarma de hemorragia subaracnoidea suelen aparecer entre unos minutos y unas semanas antes de la rotura. Hay que informar inmediatamente al médico de la presencia de cefaleas inusualmente súbitas o intensas.”

“El dolor de cabeza repentino e intenso causado por una rotura alcanza su punto máximo en segundos. Se describe a menudo como el peor dolor de cabeza experimentado. A la cefalea le sigue a menudo una breve pérdida de consciencia. Algunos afectados mueren antes de llegar a un hospital. Algunas personas permanecen inconscientes en coma y finalmente mueren. Otras tienen una sensación de confusión y de somnolencia al despertar. También se sienten inquietas. En cuestión de horas o incluso de minutos, la persona vuelve a sentirse soñolienta y confusa. Deja de responder y es difícil despertarla.”

A las 24 horas, la sangre y el líquido cefalorraquídeo alrededor del cerebro irritan las capas de tejido que recubren el encéfalo (meninges), causando rigidez en la nuca, así como dolor de cabeza constante, a menudo con vómitos, mareos y dolor lumbar.”

“Suelen producirse fluctuaciones de la frecuencia cardíaca y respiratoria, a veces acompañadas de convulsiones.”

“Diagnóstico

“-Tomografía computarizada o resonancia magnética nuclear

-Angiografía

¡Si la persona tiene un dolor de cabeza súbito e intenso que aumenta en cuestión de segundos o que se acompaña de pérdida del conocimiento, confusión u otros síntomas que sugieren un accidente cerebrovascular, debe acudir de inmediato al Hospital.”

“Se realiza una tomografía computarizada (TC) tan pronto como sea posible para verificar si hay hemorragia. La resonancia magnética nuclear (RMN) también puede detectar la hemorragia, pero es posible que no se pueda disponer de dicha prueba con tanta rapidez.”





“Se indica una punción lumbar si la TC no es concluyente o si la TC es normal pero los médicos aún sospechan una hemorragia subaracnoidea. Este procedimiento puede detectar la presencia de sangre en el líquido que rodea el encéfalo y la médula espinal (líquido cefalorraquídeo). La punción lumbar no se practica si hay sospecha de que la presión intracraneal está lo suficientemente alta como para realizar una punción lumbar de riesgo.”

#### “Pronóstico

Cerca del 35% de las personas con hemorragia subaracnoidea debida a la rotura de un aneurisma mueren antes de llegar al Hospital. Otro 15% muere a las pocas semanas porque el aneurisma comienza a sangrar de nuevo. Los procedimientos para tratar el aneurisma (colocar un dispositivo usando un catéter o realizar una intervención quirúrgica para abrir el cráneo) pueden reducir el riesgo de que el aneurisma vuelva a sangrar. Sin tratamiento, los pacientes que sobreviven durante 6 meses tienen un 3% de posibilidades de sufrir otra rotura en el término de un año.”

#### “Tratamiento

- Medicamentos para aliviar el dolor de cabeza
- Medidas para tratar o prevenir complicaciones
- Un procedimiento para tratar aneurismas.”

“Las personas con probabilidad de haber sufrido una hemorragia subaracnoidea son hospitalizadas inmediatamente. Cuando es posible, se trasladan a un centro especializado en tratamientos de accidentes cerebrovasculares. Es esencial el reposo en cama y sin realización de esfuerzos.”

“No se administran fármacos anticoagulantes (como heparina y warfarina) ni antiagregantes plaquetarios (como la aspirina [ácido acetilsalicílico]) porque agravan la hemorragia.”

“Se prescriben analgésicos, como los opiáceos (pero no el ácido acetilsalicílico u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos, que empeoran la hemorragia) para controlar los dolores de cabeza intensos. También se administran laxantes emolientes para evitar el esfuerzo durante las evacuaciones. Tal esfuerzo ejerce presión sobre los vasos sanguíneos del interior del cráneo y aumenta el riesgo de rotura de una arteria debilitada.”

Para evitar el vasoespasmo y el accidente cerebrovascular isquémico subsiguiente se administra nimodipino, un bloqueante de los canales del calcio, generalmente por vía oral. Los médicos toman medidas (como administrar fármacos y ajustar la cantidad de líquido administrada por vía intravenosa) para mantener la presión arterial a niveles lo bastante bajos para evitar una mayor hemorragia y lo bastante altos para mantener la irrigación a las partes dañadas del cerebro.”

Literatura médica del Hospital General "Abel Santamaría". SERVICIO DE NEUROCIRUGIA. Pinar del Río. Cuba 2020, establece que “el mejor método para prevenir el vasoespasmo es la cirugía pues es la única capaz de garantizar la remoción de los coágulos subaracnoideos, pero se necesita de un conjunto de factores no fáciles de conseguir en su totalidad, y que la ausencia exclusiva de solo uno de estos puede dar al traste con la vida del paciente. Se han agrupado de la siguiente forma:

#### Relacionados con el paciente

- Clasificados en los grupos I, II y III de la federación mundial de neurocirujanos (WFNS).
- Ausencia de patologías asociadas, cuyo control sea imposible en un periodo tan corto de tiempo.
- Aprobación del paciente y/ o sus familiares.



### **Relacionados con la institución y/o el sistema de salud (negrilla propia)**

- Diagnóstico temprano y traslado seguro del paciente.
- El diagnóstico debe hacerse de preferencia con una Tomografía axial computada.
- Posibilidades de hacer estudio angiográfico de urgencia sin riesgos para el paciente, que suministre información fiable (a decir radiografías preferentemente biplanares y con adecuada calidad técnica ) y si es posible el estudio en un mismo tiempo de los cuatro vasos aferentes al polígono.
- Servicio de anestesiología con la experiencia y capacidad suficiente para asumir tal empeño.
- Salón de cirugía con todo lo necesario para este proceder, y con importancia extrema el uso del microscopio quirúrgico.
- Disponibilidad de cuidados intensivos en el postoperatorio, con todo el soporte tecnológico que esto implica."

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación del Episodio Agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en Población Mayor de 18 Años Sistema General de Seguridad Social en Salud - Colombiano 2015 - Guía No. 54.

"De acuerdo con la evidencia recuperada, se considera que las imágenes de MR-DWI poseen una adecuada exactitud diagnóstica al momento de identificar tempranamente a los pacientes que cursan con ataque cerebral. Por otra parte, el grupo de expertos subraya que aunque la TAC presenta una menor sensibilidad cuando se compara frente a la MR-DWI, aquella resulta de gran utilidad para el diagnóstico de hemorragia cerebral temprana y posee la clara ventaja de estar disponible con una mayor frecuencia en los servicios de urgencias en Colombia. Los participantes de la mesa de trabajo consideraron que todos los pacientes con sospecha de ataque cerebrovascular deben ser llevados a un estudio de imagen cerebral de manera inmediata y la elección de la técnica deberá ser determinada de conformidad con los recursos disponibles en la institución."

Se recomienda que a todos los pacientes con sospecha de ataque cerebrovascular agudo se les realice de forma prioritaria una imagen cerebral (TAC o DWI por resonancia magnética) para determinar el tipo de evento y su localización.

"La elección del tipo de imagen dependerá de la disponibilidad técnica, las comorbilidades del paciente y el tiempo disponible."

De acuerdo a lo contenido en toda la literatura médica expuesta, se tiene según lo consignado en la historia clínica de la IPS, que la paciente consulta por el servicio de urgencias porque hace 6 horas presenta malestar, dolor de cabeza, náusea y vómito. Ingresa hablando por teléfono al consultorio y durante la entrevista médica presenta convulsión tónico-clónica generalizada y se pasa inmediatamente a sala de reanimación, se canaliza vena periférica, se coloca oxígeno por cánula nasal, se aplica medicación intravenosa: protector gástrico (Ranitidina), antiemético (Metoclopramida), se conecta a monitoreo continuo electrónico, se toma Electrocardiograma (resultado: trazado norma) y Glucometría (resultado 171 mg/dl), se inicia medicamento anticonvulsivante intravenoso (Fenitoína) y se deja goteo para prevenir nuevos ataques convulsivos.

Se aprecia disminución de la fuerza en hemicuerpo izquierdo, recupera nivel de conciencia, está alerta, aunque habla incoherencias. Se inicia proceso de remisión a nivel superior por evento convulsivo nuevo y deterioro neurológico, continúa en Urgencias en el servicio de observación médica, con medicación protectora anticonvulsivante, en espera de remisión a nivel superior para valoración especializada por medicina interna, neurología y toma de exámenes de imágenes.

Ante tardanza en proceso de remisión, al no ser aún aceptada en ninguna institución de mayor nivel de complejidad, el médico de turno solicita examen imagenológico (TAC CEREBRAL /Cráneo simple).



Es decir, que como institución de salud de primer nivel de atención, se cumplió con los estándares de calidad en nuestra atención con los recursos de que se disponen en un nivel básico; a partir de allí, surgieron barreras de atención al no contar con una red de referencia de nivel superior que la aceptara oportunamente.

La aceptación de la paciente en un centro de mayor nivel para realización de los procedimientos y exámenes requeridos debía ser autorizada por la EPS COOSALUD en condición de asegurador.

Una vez los médicos de la IPS conocieron el resultado del TAC realizado por la empresa Radiólogos, de manera oportuna remitieron a nivel superior para que fuera valorada por medicina interna / neurocirugía, pues la paciente ameritaba toma de neuroimagen por deterioro neurológico y episodio convulsivo generalizado sin antecedentes de epilepsia, autorización que también estaba a cargo de su EPS COOSALUD.

De acuerdo a lo establecido en la Ley 10 de 1990 y Resolución 5261 de 1994, se hace precisión sobre los niveles de complejidad, estableciendo 4 niveles así:

- Nivel I: médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.
- Nivel II: Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.
- Nivel III y IV: Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

El Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y la Resolución 1043 de 2006, reglamentan la denominación de Servicios de Baja, Mediana y Alta Complejidad, que corresponderían a los criterios de Nivel I, II y Nivel III, respectivamente.

De acuerdo a esta clasificación y al Plan de Beneficios, antes conocido como Plan Obligatorio de Salud, la paciente es atendida en la IPS del Municipio de Cartago ESE, la cual es una IPS de Nivel I de Atención, con servicios de Baja Complejidad, siendo el médico general quien atiende a la paciente, realizando los exámenes propios de este nivel, ordena TAC y frente al resultado el médico toma la decisión inmediata de remitirla a una IPS de mayor nivel y complejidad en donde se cuenten con los recursos especializados humanos, técnicos y tecnológicos para atender la patología que presentaba la paciente y así brindar tratamiento oportuno y evitar su muerte.

La Resolución 5261 de 1994 artículo 10 define:

**“ARTICULO 10. ATENCION DE URGENCIAS.** La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la E.P.S. respectiva o aún en el caso de personas no afiliadas al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesaria autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.





**PARAGRAFO.** <Modificado por el artículo 1° de la Resolución 2816 de 1998. El nuevo texto es el siguiente:> Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

**Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.”** (negrilla fuera de texto).

De acuerdo al artículo 2° del Decreto 2759 de 1991, por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia, “es el como el Conjunto de Normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia.”

“El Régimen de Referencia y Contrarreferencia facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz.”

“Se define la Referencia, como el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud para atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud.” “Se entiende por Contrarreferencia, la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.”

“En la atención inicial de urgencias la cobertura de atención es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.”

El artículo 4° definió LAS MODALIDADES DE SOLICITUD DE SERVICIOS dentro del Régimen de Referencia y Contrarreferencia, entre las cuales está la **REMISIÓN**, conceptuado como el “procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo. “

La Resolución 5261 de 1994, estableció: “ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.”

El Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, definió a su vez en el artículo 17 el PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:



“El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.”

“Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.”

El párrafo de dicho artículo determinó que, “Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.”

Ley 1751 de 2015 en sus artículos 6° y 10° definió:

*“Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:*

*a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.*

*c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;*

*d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas; (negrilla por fuera del texto);*

*e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones;”*

Como es bien sabido, la prestación de los servicios de salud se dio sin dilaciones o barreras de acceso por parte de la IPS del Municipio de Cartago, pues predominó el respeto y el derecho a la vida como Derecho Fundamental, pero una vez tomada la conducta médica según la cual la paciente debía ser trasladada a una institución de mayor complejidad, de acuerdo a la normatividad vigente que nos rige, se procede a actuar conforme a lo establecido en la Resolución 3047 de 2008 “*Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007*”, es decir, el mismo Estado a través del Ministerio de Salud y Protección Social reglamenta los pasos a seguir una vez se requiere remitir a un paciente.

La Resolución en mención, establece en su Artículo 5°. Formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias y en el caso de autorización adicional.



*“...En caso de que la solicitud implique la remisión a otro prestador, la entidad responsable del pago deberá dar la autorización de servicios en el formato y con el procedimiento establecido en este artículo, al receptor del paciente con copia al prestador solicitante. Lo anterior, sin perjuicio de que el prestador solicitante garantice la continuidad de la atención del paciente mientras se produce el traslado.”*

Por lo tanto, el manejo dado a la paciente obedeció a aquellos procedimientos y atenciones propios del nivel que lo caracteriza, sin pretender desconocer que en ocasiones no es suficiente el tratamiento que se aplique porque es necesario de la remisión a un nivel de mayor complejidad, tal como se llevó a cabo con la señora Amparo Cardona Patiño.

Para lograr una efectiva prestación del servicio, se determinó en el artículo 61 de la Ley 1438 de 2011, que la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en salud, se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Dentro de la red de servicios se encuentran los Prestadores de servicios de salud, considerándose como tales, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados.

Lo argumentado por la Superintendencia Nacional de Salud en el CONCEPTO 52155 DE 2014, ratifica esta línea de defensa adoptada por la IPS, en cuanto a que la responsabilidad de la muerte de la señora Amparo Cardona Patiño no fue por acto que condujera a una falla del servicio por la indebida atención brindada a la paciente, sino que fue producto de la negligencia de COOSALUD EPS en el trámite de autorización de la remisión urgente requerida, pues se indica en el mismo:

“De lo expuesto, se colige que al requerir el usuario atención o procedimientos de mayor complejidad los cuales no podían ser brindados por el prestador primario, la Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer nivel en aras de garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud y según el criterio del médico tratante, debe dar aplicación al proceso de referencia y contrarreferencia establecido en el artículo 17 antes transcrito; precisando que el prestador remitente es responsable del manejo y del cuidado del paciente hasta el momento en que ingrese a la institución receptora. Es de señalar, que corresponde a las entidades responsables de pago por expresa disposición legal disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.”

En efecto, está probado que, en atención a la complejidad de los síntomas padecidos por la señora Amparo Cardona Patiño y dado que la I.P.S. por ser de I nivel no cuenta con las especialidades necesarias para su padecimiento, debió ser trasladada a otra institución médica, así se desprende de la historia clínica que demuestra todas las acciones que realizó el personal para obtener la autorización de la COOSALUD EPS para recibir en otra institución de mayor complejidad, pues en sujeción a lo ordenado por la Resolución 5261 de 1994, “Cuando la institución de primer nivel que en el momento está atendiendo al paciente, considera que las condiciones que presenta el mismo, o por la complejidad de la patología, la institución misma no está en capacidad de prestar de forma integral el servicio que requiere, la institución remitente debe proceder comunicándose telefónicamente con la EPS a la que pertenezca el paciente, en cabeza de un auditor médico, que se encargará de la regulación de la remisión.”

La paciente requería de valoración por médico especialista en medicina interna y/o neurología, acto que se tornó demorado, lento e impreciso por la falta de autorización de la remisión a otra institución





por culpa exclusiva de la COOSALUD EPS, pues por la falta de respuesta oportuna de ésta, el personal médico toma la decisión de salir como urgencia vital al Hospital San Jorge donde no es aceptada porque no hay cupo en UCI, se comunican vía telefónica con la señora Pilar Auditora de COOSALUD e indica vía telefónica que debe ser llevada a la Clínica María Ángel Tuluá donde hay convenio y hay UCI, se traslada como urgencia vital de la ciudad de Pereira a Tuluá.

De Tuluá informan que no hay disponibilidad para la toma de la angiografía cerebral por lo que se debe continuar con la paciente al centro hospitalario San José de Buga donde se comenta paciente con medico de cuidado crítico, realiza triage y no recibe paciente por no haber disponibilidad de cama en UCI, se sigue el traslado al HUV de Cali donde es valorada por medico de turno informándonos que no se puede recibir porque no hay disponibilidad de cama, continuando el camino con paciente a la Clínica de Imbanaco en donde finalmente es recibida y valorada por medico intensivista y se deja en sala de UCI.

Es claro que el proceso de remisión y traslado por parte de la IPS fue oportuno e insistente; situación que no se predica de las demás entidades y de la EPS COOSALUD quien dilató y no se apersonó de su asegurada, siendo evidente que la atención médica dada fue proporcional a la capacidad de resolución del I nivel y baja complejidad de mi defendido, en observancia a las normas de referencia y contrarreferencia, pero desafortunadamente por culpa de COOSALUD la paciente falleció sin tener la oportunidad de recibir los servicios asistenciales requeridos por la enfermedad que padecía.

La actitud de la EPS se califica como omisiva, al propiciar que la señora Amparo Cardona perdiera la oportunidad de ser atendida a tiempo en una institución de nivel superior, pues Coosalud tenía el deber legal de actuar y realizar acciones encaminadas a gestionar con su red de prestadores la remisión de la paciente y, por el contrario, optó por asumir una actitud omisiva y negligente.

Su fallecimiento no ocurrió ni se propició por falta de atención de la I.P.S. del Municipio de Cartago, sino por la falta de autorización de la remisión en cabeza de COOSALUD EPS y que se define como hecho causante de la pérdida de oportunidad o pérdida de chance de ser atendida en una entidad de nivel superior, frente a lo cual la Corte Suprema de Justicia así se ha pronunciado:

“El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional. “

“En Colombia la responsabilidad médica es de medio y no de resultado; es decir, el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría. Excepcionalmente es de resultado, como en aquellos casos de cirugías estéticas, donde el paciente piensa que va a obtener un resultado por la información deficiente que dan los facultativos; pues la información sesgada puede dar expectativas irreales y es la que genera la responsabilidad.

Frente al tema del daño antijurídico, se ha entendido jurisprudencialmente que es el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P: Alir E. Hernández Enríquez).

Los trámites de autorizaciones y atenciones con especialistas no están bajo la coordinación o competencia de la IPS que represento.



No puede existir en cabeza de la IPS responsabilidad por supuesta falla en el servicio médico, pues por el contrario, se predica diligencia y cuidado en la atención médica brindada, ya que con la historia clínica se evidencia fehacientemente la cronología de las obligaciones con la paciente durante su estancia en el servicio de urgencias, destacando de manera pronta y oportuna la ordenación del TAC y la remisión para valoración con internista y neurólogo.

Las posibles omisiones, fallas o negligencias de los demás demandados y que pudieron haber constituido el deterioro de la salud de la paciente y su muerte, no tienen por qué involucrar el actuar oportuno de la IPS del Municipio de Cartago, pues era la única de I nivel y de baja complejidad que no podía haber resuelto su situación de salud, pero irónica y ciertamente, también fue la única que trató y luchó hasta último momento en conseguir la aceptación de otras entidades hospitalarias.

### **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD E INEXISTENCIA DE LAS CAUSAS INVOCADAS**

Afirma la contraparte que la IPS es responsable por los hechos, acciones y omisiones por no brindar a la paciente los servicios médicos adecuados y la atención médica ocasionando la muerte.

Frente a esto, es claro que la IPS de I NIVEL DE ATENCION y BAJA COMPLEJIDAD con médicos generales no tenía ni tiene las especialidades que requería la paciente.

Sin embargo, en las atenciones dadas en la IPS por los médicos generales, éstos de manera oportuna y según guías de práctica clínica, ante sospecha de evento cerebrovascular Vs lesión cerebral o masas cerebral solicitan TAC de cráneo simple, y de acuerdo a resultado ordenan remisión a especialidad por medicina interna / neurocirugía, la dejan en observación para vigilancia del estado neurológico mientras la EPS autoriza destino de la paciente y dan tratamiento para evitar nuevas convulsiones.

Por último, dentro de lo actuado por la IPS se tiene según la historia clínica, que mientras la paciente permaneció en espera de autorización de la remisión por parte de su EPS, el personal de turno realizaba acercamientos para aceptación de la paciente y a falta de ello, se desplazan como urgencia vital al Hospital San Jorge donde no es aceptada, Clínica María Ángel Tuluá donde hay convenio y por esta razón tampoco es aceptada, San José de Buga donde no es recibida, HUV de Cali donde tampoco es recibida, para finalmente ser recibida en la Clínica Imbanaco.

Por lo tanto, se entiende que de acuerdo al nivel de la IPS, la evidencia científica disponible y la LEX ARTIS, mi representado actuó conforme a su capacidad de resolutiveidad.

No solo la demora u omisión de la EPS COOSALUD en dar respuesta a la solicitud de asignación de una clínica a donde remitirla, sino también la negligencia de los demás centros de salud para su recepción, permitieron que se perdiera tiempo valioso en una paciente que requería de instrumentos y maniobras especializadas para su mejoría, las cuales no podían suplirse por mi defendido.

Con lo expuesto, definitivamente se confirma y reitera que la atención dada por parte de la IPS del Municipio de Cartago a la paciente fue oportuna y adecuada, así como la decisión de transferencia a otro nivel, pero que desafortunadamente fue la EPS COOSALUD quien no resolvió de manera rápida la remisión dentro de su red de prestadores.

No existe un dictamen o documento que evidencie y confirme que el fallecimiento de la señora Amparo Cardona haya sido producido por mala atención por parte de la IPS del Municipio de Cartago.



## ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL

El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medios, basada en la competencia profesional.

Actualmente en Colombia, la responsabilidad médica es de medio y no de resultado; es decir, el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría. Excepcionalmente es de resultado, como en aquellos casos de cirugías estéticas, donde el paciente piensa que va a obtener un resultado por la información deficiente que dan los facultativos; pues la información sesgada puede dar expectativas irreales y es la que genera la responsabilidad.

Frente al tema del daño antijurídico, se ha entendido jurisprudencialmente que es el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación (Consejo de Estado – Sección Tercera, sentencia del 27 de enero del 2000, M.P: Alir E. Hernández Enríquez).

En este tema, se debe probar la responsabilidad teniendo en cuenta:

- 1) el daño sufrido por el interesado;
- 2) la falla del servicio propiamente dicha, consistente en el mal funcionamiento del servicio porque éste no funcionó cuando debió hacerlo o, lo hizo tardía o equivocadamente;
- 3) una relación de causalidad entre estos dos elementos, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio.

En el daño sufrido por el interesado no siempre el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica. A partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo.

Para el caso en concreto, es pertinente desestimar la falla del servicio y responsabilidad que pretende la parte demandante se le endilgue a mi representada I.P.S. del Municipio de Cartago E.S.E, ya que con fundamento en lo contenido en la historia clínica (ordenación de medicamentos, exámenes y remisiones) y las Guías Clínicas de manejo, no se encuentra nexo causal entre la atención dada por la I.P.S y los supuestos daños ocasionados a la paciente y que causaron su muerte, pues fue atendida de manera adecuada, con las ayudas clínicas que estaban al alcance de la IPS de Cartago, con orden de exámenes de mayor nivel, remisión a especialistas en medicina interna y neurología, y con una decisión de remisión a tiempo a otro centro de mayor complejidad, pero sin una respuesta efectiva y oportuna por falta de trámite de la EPS COOSALUD a través de su red de prestadores de servicios de salud.

No existe relación de causalidad entre el supuesto daño causado y la presunta falla en el servicio, ya que fue atendida y con el manejo acorde a la sintomatología y la capacidad resolutoria de la Institución, por eso ante la necesidad diagnosticada por los médicos de exámenes especializados, de valoración por especialistas y remisión a otros centros de mayor complejidad, se toma la decisión inmediata y acertada de iniciar las gestiones de remisión y por falta de solución de COOSALUD EPS, se deriva la necesidad inminente de salir como urgencia vital.





## PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRETENSIONES

**PRIMERA: NO ES CIERTO Y NO SE ACEPTA.** Aducen que la I.P.S. del Municipio de Cartago ESE es solidaria y administrativamente responsable de la muerte de la señora Amparo Cardona Patiño por supuesta falla en la prestación del servicio médico por la deficiente atención brindada, argumentos que resultan contrarios a las explicaciones dadas y la historia clínica como prueba.

En sentencia de 29 de agosto de 2013, rad. 29133, se indicó: “Los problemas de imputación de responsabilidad frente a eventos de omisión ha llevado a la doctrina a proponer fórmulas de solución más coherentes, como lo son los criterios normativos de atribución, los cuales han tenido desarrollo en la teoría de la imputación objetiva, que ha sido acogida en algunos eventos por la jurisprudencia de la Corporación, fundamentalmente en aquellos en los que se predica del Estado su posición de garante. Las entidades obligadas a prestar el servicio de salud tienen la posición de garante frente a los pacientes que soliciten esos servicios. Por lo tanto, ven comprometida su responsabilidad cuando se abstengan de ofrecer al paciente los tratamientos que estos requieran, de acuerdo con los desarrollos científicos y tecnológicos y el nivel de atención de la institución de que se trate, o en su defecto, de la remisión oportuna del paciente a una entidad de mayor nivel, y esa omisión implique para el paciente la pérdida de oportunidad de recuperar su salud, preservar su vida o al menos mantener condiciones estables en su afección.”

En el presente caso que nos ocupa, no puede haber reproche en lo concerniente a la prestación del servicio por parte de la IPS del Municipio de Cartago, dado que fue atendida desde su ingreso, con ordenación de exámenes, orden de valoración por especialistas y remisión para valoración por médico internista y neurólogo, además de remisión oportuna a otras clínicas sin que la misma se haya concretado por rechazo en su recibo y demora en la decisión de la EPS COOSALUD, entidad encargada del aseguramiento de la paciente.

De acuerdo a la sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 12.843, no hay lugar a declarar la responsabilidad del Estado, aunque se pruebe una falla del servicio, mientras el vínculo causal (daño y conducta) no hubiera sido establecido, al menos como probable.

La jurisprudencia vigente sostiene que **la acción nace cuando se inicia la producción del daño o cuando éste se actualiza o se concreta**, y cesa cuando vence el plazo indicado en la ley, aun cuando subsistan sus efectos.

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia casó una decisión en la que se había negado la atribución de responsabilidad civil a una entidad promotora de salud y a sus agentes por la muerte de una paciente con una apendicitis mal diagnosticada.

Dentro de las consideraciones que hacen parte de la sentencia sustitutiva, la Corporación explicó la figura de la imputación del daño a las empresas promotoras de salud (EPS), a las instituciones prestadoras del servicio (IPS) y a sus agentes.

Precisamente, recordó que **“la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.”**

**“El artículo 185 de la Ley 100 de 19936 impone a las IPS ser las guardianas de la atención que prestan a sus clientes.** Así las cosas, responden de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo.”





**SEGUNDA: NO SE ACEPTAN.** Frente al tema indemnizatorio, se persigue el reconocimiento económico de los supuestos perjuicios causados, aducidos como perjuicios morales, los cuales no son posibles de cuantificar económicamente, derecho de transmisión y los perjuicios materiales (lucro cesante) deberá demostrarlos y probarlos. En todo, no le asiste razón a los demandantes para creer que es la I.P.S. del Municipio de Cartago ESE la llamada a indemnizar un daño que no produjo.

La existencia del daño moral solo se predica directamente de la existencia del acto ilícito, lo cual es necesario demostrar, al igual que la cuantía que se reclama como indemnización.

Señor Juez, no se aportan pruebas que demuestren que la atención de la paciente en la IPS del Municipio de Cartago se haya constituido como un acto ilícito o por fuera del ámbito de la práctica médica de una entidad de I nivel y de baja complejidad, por lo que se reclama frente a mi defendido es desmedido.

Así las cosas, la I.P.S. del Municipio de Cartago ESE cumplió y ejecutó de manera efectiva con los deberes principales y secundarios establecidos en la práctica médica, configurándose por lo tanto Ausencia de Responsabilidad e Inexistencia de las Causas Invocadas.

Solicito a su Señoría, se tengan en cuenta las razones expuestas para desestimar las pretensiones de la parte actora por carecer de pruebas y fundamentos, y exonerar a la IPS del Municipio de Cartago ESE del reconocimiento de la indemnización por los supuestos perjuicios que reclaman los demandantes.

Igualmente, pido que se declaren probadas las excepciones de inexistencia de falla en el servicio médico por diligencia y cuidado en la atención médica, ausencia de responsabilidad e inexistencia de las causas invocadas y rompimiento del nexo causal, de acuerdo a los fundamentos expuestos.

## PRUEBAS

### Documental:

Historia Clínica completa escaneada

### Testimoniales:

Solicito al Despacho se sirva citar para escuchar los testimonios de los siguientes profesionales de la salud para que rindan declaración sobre los hechos que se debaten y quienes atendieron a la paciente, los que se podrán ubicar en la IPS del Municipio de Cartago:

1. Gerardo Javier ñoro Consuegra. Médico General
2. David Alejandro Henao Jordán. Médico General
3. Harold Martínez Gómez

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

Fundamento la defensa en lo contenido en la Historia Clínica, literatura médica y lo dispuesto jurisprudencialmente.



## ANEXOS

- Poder
- Historia Clínica
- Copia cédula y representación legal del Gerente
- Copia cédula y tarjeta profesional de la apoderada
- Llamamiento en Garantía
- Copia testificada póliza No. 1013369 La Previsora S.A.
- Original Certificado Cámara de Comercio Aseguradora La Previsora

## NOTIFICACIONES.

La suscrita y la I.P.S del Municipio de Cartago E.S.E las recibirán en la Carrera 3 Bis No 1-40 Barrio San Vicente del Municipio de Cartago Valle, teléfono 3108296524.

EMAIL:

notificacionesjudiciales@ipscartago.gov.co

ipsmunicipalventanilla@ipscartago.gov.co

gerencia@ipscartago.gov.co

anamariatovargutierrez@yahoo.com

Del señor Juez,

Atentamente,

**ANA MARIA TOVAR GUTIERREZ**

C.C. No. 31.426.992 de Cartago

T.P No. 127.269 del C.S. de la J

Apoderada

IPS del Municipio de Cartago

