



INFORME AUDIENCIA ART. 181 CPACA * SE PRACTICAN TESTIMONIOS* || RAD. 2020-00143 || DTE: ADRIANA CARDONA Y OTROS || CASE: SOLIDARIA: 22176

Desde Víctor Javier Rivera Agredo <vrivera@gha.com.co>

Fecha Mié 23/10/2024 19:06

Para Informes GHA <informes@gha.com.co>; Nicolas Loaiza Segura <nloaiza@gha.com.co>; Juan Sebastian Bobadilla <jbobadilla@gha.com.co>

CC CAD GHA <cad@gha.com.co>; María Fernanda López Donoso <mflopez@gha.com.co>; Kennie Lorena García Madrid <kgarcia@gha.com.co>; Valeria Ramírez Vargas <vramirez@gha.com.co>; Jennifer Andrea Isaza Ocaña <jisaza@gha.com.co>

Estimados área de informes, cordial saludo,

Mediante el presente me permito informar para su conocimiento y trámite consecuente que hoy **miércoles 23 de octubre de 2024**, asistí en calidad de apoderado judicial de la Aseguradora Solidaria de Colombia, ante el Juzgado quinto (05) Administrativo del Circuito de Cartago, diligencia en la cual se llevó a cabo la audiencia de que trata el artículo 181 del CPACA y en la cual se surtieron las siguientes etapas:

Inicia a las 2:00 PM

1. Verificación asistencia.

2. Se reconoce personería adjetiva al suscrito en representación de Aseguradora Solidaria de Colombia

- Se menciona la inasistencia de la apoderada de Mapfre en la audiencia inicial, no se impone sanción porque presentó excusa médica
- Se menciona la solicitud de aplazamiento audiencia de Dumial, pero la apoderada desiste. Se continua con la audiencia

3. Practica de pruebas:

- IPS Cartago desiste del médico David Henao Jordán (se acepta parcialmente art. 175 CPACA)

Se practican las siguientes pruebas:

TESTIMONIALES:

HAROLD MARTÍNEZ GÓMEZ (médico IPS municipal de Cartago)::

- ¿Qué le consta sobre la atención que se le dio a Amparo Patiño? 19 marzo 2019 ingresa a IPS de Cartago, tras examinarla el Dr. Gerardo Javier Oñoro Consuegra le diagnostica cefalea intensa y le ordena medicamentos para ello, luego se presenta una convulsión, se le suministra medicamentos médicos para yugular, eliminar la convulsión, la paciente recupera el conocimiento pero hablaba lento y un poco desorientada, David Henao ordena remisión a institución de mayor complejidad, el medico que habla ingresa a las 6:54 de la mañana y evidencia lo indicado en la historia clínica, la hermana niega antecedentes, sin suplencia de oxígeno (en rango normal) frecuencia respiratorio (rango normal), por el estado de la paciente se autoriza vía oral para prevenir otra convulsión y solicita un tac simple de cráneo urgente, sospechando que sus diagnósticos fueran secundarios a una enfermedad cerebro vascular de novo, recibe exámenes solicitados por otros médicos en rango normal, no presentaba infección

urinaria, toleraba el tratamiento, a las 14:43 se autorizó el tac y se desplazó en vehículo a Radiólogos SA localizada en el centro de Cartago, a las 16:55 el Dr. Ya no estaba de turno, y Gerardo ñoro interpreta la hemorragia intracerebral, procedió inició contactos con unidades de cuidado intensivo, la segunda remisión se montó a las 17:03, debido a que UCIMED no tenían cupo, el Dr. Gerardo decidió llevarla a San Jorge en donde no la pudieron recibir, ahí contactaron a Coosalud quien determinó que la debían llevar a Tulua, en donde no había cama ni UCI y por ello se toma la determinación de llevarla a Cali, la llevan al Hospital Evaristo Garcia y ahí manifiestan los especialistas que no tienen cupo, de ahí se determina llevarla a Imbanaco en donde les indican el pronóstico reservado y la alta probabilidad de mortalidad. El doctor Jhon Jairo entregó la paciente a la 1:00 am, casi 24 horas después del ingreso. Posteriormente se les informó que la paciente falleció. De acuerdo con la patología de la señora en ninguna parte le hubieran podido ayudar con su situación

- ¿Tiene conocimiento cual era el diagnóstico cuando salió a Pereira? El Dr. Ñoro interpretó como hemorragia intracerebral. Mi contacto empezó a las 7:00 am y terminó a la 1:00 pm
- ¿Qué experiencia tiene como médico? 39 años 4 meses como medico, por ahí el 96% en Urgencias
- ¿Hace cuánto se vinculó a la IPS de Cartago y qué cargos? 5 años y medio, siempre como médico de urgencias
- ¿Cómo es el proceso de remisión? Como médicos generales abordan al paciente, verifican el motivo de consulta y su examen físico, y hacen una impresión diagnostico y con base en ella establecen un manejo, bien sea suministrarle medicamentos, darle de alta por mejoría o trasladarlo a urgencias. También pueden enviarlo a revisión de un especialista, en el caso de la señora le enviaron a medicina interna por David Henao, yo la reviso y como es relativamente joven y no tiene antecedentes determiné descartar un evento cerebro vascular, lo cual se sustenta con un tac, por eso se lo ordené de manera urgente. El paciente se traslada dependiendo de la patología, si es básica se traslada en una ambulancia básica, si es compleja, se hace con una ambulancia medicalizada (traslado ambulatorio medicalizado)
- ¿Por qué no salió de manera inmediata cuando se le remitió? Lo que puedo decir es que yo no la remití porque la paciente estaba estable y en ese estado no se la atienden en ningún lado, por eso solicité el tac, para llegar con un sustento
- Explique en qué consiste lo de ser primer nivel de atención: la salud en Colombia se divide en niveles del 1 al 4, el 1 está atendido por médicos generales, enfermeras fejes y se prestan servicios muy básicos y pruebas muy básicas. Los niveles 2 son igualmente básicos, los niveles 3 ya tienen servicios más especializados, tienen cirugías y algunas especializaciones, y los niveles 4 hacen cualquier tipo de examen y tienen cualquier especialidad. Por ello se manejan los pacientes por niveles.
- ¿Podría decir si la IPS cuanta con medicina interna o UCI? No, es un nivel 1, no está en condiciones de atender esos servicios
- En el caso de la señora Amparo el diagnostico final fue una hemorragia, ¿era posible prevenirla o evitarla? No, nadie puede prevenir ni evitar un accidente cerebro bascular, explica el caso de un jugador de futbol que le puede dar de manera inmediata. Caso diferente es que el paciente tenga antecedentes de un accidente igual, pero tampoco podría predecir, no es previsible ni evitable
- Explique por qué se requería la tac de forma urgente: como es una paciente joven sin antecedente de comorbilidad y que presentó una convulsión pero se recupera y vuelve a estado de conciencia pero con limitaciones, eso indica que algo está funcionando mal, eso puede indicar que esté pasando un accidente cerebro vascular, como puede que no, por ello se requería el tac para tener certeza
- ¿Qué puede mostrar el tac respecto de la sospecha de accidente cerebro vascular? Puede mostrar que la paciente esta normal, o puede mostrar que hay un tumor o que presente un infarto al cerebro o que muestre una hemorragia intracerebral
- ¿Sabe por qué no sé ordenó el tac desde el principio? No lo sé, respondo por mis actos, es importante la experiencia
- ¿La sospecha del accidente cerebro vascular era motivo para solicitar tac?
- ¿El tac se debe tomar dentro de un tiempo determinado? Se le debe hacer todo en la primera hora
- ¿hay algún protocolo que defina ese término? En la docencia se toma el criterio de esa hora, pero en la práctica no se da porque no todos los niveles tienen esa facultad
- ¿A las 11:25 ya se había hecho efectiva la remisión para que le tomarán la tac a la paciente? Yo no envié otra remisión porque requería el resultado de la tac. Rogué a Coosalud para que la dieran rápido porque muchas veces se demoran hasta 2 o 3 días

- ¿Ese tiempo de 13 horas en que se demoró trasladar a la paciente para el tac tiene importancia en el tratamiento y posterior desenlace? No se puede tapar el sol con un dedo, si se tuviese la tac inmediatamente se podría haber tratado de alguna manera, pero si la hemorragia es masiva las posibilidades son muy limitadas
- ¿Qué posibilidad hay que un tratamiento oportuno cambie el desenlace? Sería lo óptimo
- ¿Cuál es el tratamiento? Depende, les pueden hacer drenaje, les pueden mantener en observación, a veces si es muy masiva, no los tratan y simplemente sugieren la donación de órganos
- ¿La hemorragia intracerebral puede aparecer de la nada o se agrava? Es difícil de contestar, pero puede presentar el evento cerebrovascular y presentar toda la hemorragia, así como que puede pasar que la hemorragia se va incrementando
- ¿En el caso de la paciente que cree que sucedió? No puedo decirlo, necesitaría la lectura del radiólogo y del neurocirujano
- ¿Se pudo adelantar algún tratamiento sin contar con el tac? No, no se puede aventurar con esos casos
- ¿A qué corresponde la convulsión de novo de adulto? Es una aplicación para decir "nuevo"
- ¿Tiene conocimiento si esa era la primera vez que ingresaba por ese aspecto de salud? Según la historia clínica sí, y que convulsionaba
- ¿En su experiencia la orden o remisión a qué hora se solicitó? La tac se solicitó a las 07:04 am de carácter urgente, esto se hace saber a la eps, de ahí se debe esperar que la eps informe en donde y a qué hora se tomará el examen, a las 14:43 informan en donde se puede tomar el examen y por ello se trasladó
- ¿Cuándo hace referencia a que la paciente se montó en remisión a medicina interna ¿a qué se refiere? No puedo responderle eso, eso lo hizo Gerardo Consuegra y David Henao
- ¿En qué consiste una remisión como urgencia vital? Es cuando un paciente tiene en inminente peligro su vida, por ello se traslada en ambulancia medicalizada y se traslada al sitio más cercano
- ¿En estos procesos se comentan previamente a los centros a los que se lleva? No, al paciente se le lleva. Cuando ninguna institución de mayor complejidad contesta para atender, la ley nos faculta para llevarlo al sitio más cercano
- ¿El Glasgow 4/15 requiere una cama en UCI? No sé, yo no lo hice, pero si un paciente tiene ese nivel, requiere una UCI
- ¿Cuál es la razón por la que no se recibió en San Jorge? Yo no puedo responder eso, yo no fui, fue Gerardo Consuegra
- ¿En la HC quedó la lectura del radiólogo? No lo conozco, no lo vi
- ¿Con el diagnóstico ACV hemorrágico Fisher 4 (que es el final) cuál cree que es la gravedad? Si uno como profesional independiente de las condiciones del paciente, las condiciones son gravísimas
- ¿Con ese diagnóstico era posible que un paciente durara tanto tiempo sin atención? Pienso que ese tipo de preguntas las debe responder un neurocirujano
- A la Fundación Hospital San José de Buga llevó como urgencia vital pero no se puede aceptar debido a la falta de espacio en urgencias
- ¿Con Glasgow 3/11 se hubiese podido manejar en una entidad de nivel intermedio o servicio de urgencias? No, se debe atender en una UCI en el máximo nivel
- ¿Qué se debe tener en cuenta para dejar a un paciente en una unidad de emergencias en una institución de nivel medio? Se debe analizar las condiciones en las que están las UCIs porque muchas no tienen las condiciones para atender una situación similar
- ¿Puede explicar las condiciones de la escala de Glasgow? Es una escala internacional que mide la capacidad neurológica de un paciente. Se considera que cuando un paciente llega a 9/15 se requiere atención respiratoria, cuando se llega al 3/15 se está muy comprometida la salud. En ese nivel el compromiso neurológico es muy grave
- ¿Ese nivel neurológico es reversible? No estoy capacitado para responder eso
- ¿Cuándo se necesita un servicio muy específico es necesario comentar al paciente para que dé una remisión?
- ¿Puede informar si conoció para hacer la remisión por UCI se constató con el Hospital Universitario del Valle? No, eso lo gestionó Gerardo Ñoro
- ¿Es obligación consultar a la entidad para saber si tiene la posibilidad de atención? No, la ley nos permite trasladarlos
- ¿Conoce a qué hora se realizó la solicitud de cuidados críticos? Gerardo Ñoro a las 16:55 interpreta la tac y a las 17:00 remite a la paciente como urgencia vital y luego la acompaña
- ¿Qué es hemorragia intracerebral? Hay de dos tipos, eventos isquémicos, que terminan en infarto, es cuando deja de llegar sangre al cerebro, por ello el tejido muere, y los de tipo hemorrágico,

- esto es cuando una arteria sangra porque se rompe y la sangre cae sobre el tejido cerebral
- ¿Esa situación es potencialmente mortal? En este caso el diagnóstico es muy grave, cerca de la muerte
 - ¿Con el tac se pretende mejorar la condición del paciente o para confirmar el diagnóstico? Es un método diagnóstico
 - ¿Desde qué momento se cuenta la hora dorada? Desde el momento que ingresa el paciente al servicio
 - ¿Cómo un médico elabora un diagnóstico? Primero se analiza el motivo de consulta, lo que dice el paciente, luego se elabora la enfermedad actual, luego se elaboran los antecedentes, de ahí se hace un examen físico, con todo esto se hace una impresión diagnóstica (que es una presunción no es asegurado es decir un diagnóstico presunto), con esto se hace conducta de manejo de farmacología y solicitamos generalmente ayudas de laboratorio, luego se decide si se le da salida, se le da manejo, se le remite y en el caso grave como este se debe sacar al paciente al sitio más cercano y de mayor complejidad
 - ¿Cuándo un paciente tiene dolor de cabeza y vomito se debe presumir lo peor? Hay más de 100 causas de cefalea, si se llega con esos síntomas solamente se puede pensar que es una migraña
 - ¿Del examen de HC usted puede considerar que la atención en la IPS de Cartago fue oportuna? Sí, se hizo lo que se debía hacer
 - ¿Cuál es la actuación correcta de una institución que recibe al paciente sin previa información y no puede atender al paciente? Remitirlo, lo más ético es no atenderlo si no se puede
 - ¿Es común que una institución no pueda atender a un paciente? Eventualmente es posible que pase
 - Siendo nivel 1 no pueden tratar a una persona con derrame cerebral ¿qué hace que no se remita inmediatamente a una institución de nivel mayor? Si se presentó el problema con el tac conocido, imagínese sin conocer ese resultado, no se podría hablar de urgencia vital, por ello el manejo del nivel 1 fue el correcto
 - ¿En Cartago qué instituciones toman un tac oportuno? Sólo "Radiólogos" en este momento. El hospital tiene tomógrafo, pero muchas veces no está en funcionamiento
 - Si en Cartago no había quién tomará el tac ¿podíamos recurrir a otra institución que pudiera? No lo podría llevar porque el diagnóstico no lo atenderían
 - ¿Qué pasó en 13 horas con un paciente que presentaba síntomas de un derrame cerebral? Esa respuesta la debe dar el ministro de Colombia
 - ¿Por qué le toman el tac tanto tiempo después? Porque se debe esperar la respuesta de la entidad de mayor complejidad y de la EPS que pueda tomar el examen (tac)
 - ¿Es un favor que se le debe pedir a la EPS? No puedo responder eso, ellas determinan
 - ¿Puede afirmar que uno de los grandes problemas que tuvo la atención de la paciente es la demora? Las políticas del estado
 - ¿Quién asume más responsabilidad después de la EPS que no se le dé el tratamiento adecuado? No puedo
 - ¿La respuesta que dio la EPS fue pertinente oportuna? Yo pienso que es el juez quién debe determinar eso
 - ¿Aproximadamente cuánto tiempo debe transcurrir para que una hemorragia escale hasta el nivel de la paciente del caso? Es el neurocirujano quien debe intentar determinar el tiempo. Ya establecido ese diagnóstico es muy grave
 - ¿El diagnóstico puede ser repentino? Un paciente puede ingresar al servicio con ese diagnóstico de Fisher 4

GERARDO JAVIER OÑORO CONSUEGRA (médico IPS municipal de Cartago)::

- ¿Qué consta sobre la atención a la señora Amparo? Paciente ingresó por urgencias, a la madrugada del 19 de marzo, da un cuadro clínico de más o menos 6 horas con síntomas de vomito y dolor de cabeza, en el hospital presenta una convulsión, posterior la pasamos al área de reanimación donde se realiza todo lo pertinente, la paciente nunca manifestó ningún signo neurológico, estaba consciente orientada. Luego se le pusieron líquidos, se monitoriza, se le dio fenitoína que es anti convulsionante, se le coloca electrocardiograma y oxígeno, pero al momento ella se despierta de manera espontánea. Luego la paciente se deja en observación y se inicia trámite de remisión a un nivel superior, posteriormente habíamos tres médicos (Henao, Millan y yo) la paciente no tenía antecedentes, estaba en observación/reanimación vigilada, se hizo impresión diagnóstica que era una convulsión de novo (nueva) por ello se solicita remisión a

nivel superior, como a las 7:00 am la paciente es entrega a los nuevos médicos, ya en este punto se le pide una tac, volví a la 1:00 pm al turno, en este tiempo estuvo en observación, creo que con el Dr. Martínez, la tac la autorizan en la tarde, se la toman y cuando envían resultados, hicimos consenso y vimos que posiblemente tenía una hemorragia, como a la hora que llegó la tac la paciente se torna mal, el glass lo bajó, decidimos intubarla, le hicimos rcp y se inició el tramite de remisión como urgencia vital al área más cercana, que era San Jorge de Pereira, ahí manifiestan que no hay cupos para UCI donde la pudieran aceptar y tener, y no tenían neurocirugía, via telefónica se contacta con coordinadora de Coosalud para saber a dónde se puede llevar, ahí dicen que a la Clínica María Ángel de Tuluá, ahí continuó mi compañero que es el Dr. Rendón

- ¿A qué hace referencia con hemorragia? Intracerebral, creo. Los médicos generales no tenemos la experticia para determinar ese tipo de cosas, por eso las tac vienen con lectura, casi inmediatamente que llegó el tac, se complicó la paciente por eso se trasladó
- ¿El tac llegó con lectura? No porque fue de urgencia, normalmente los piden los niveles superiores
- ¿Cuándo sales hacía Pereira confirmó si el hospital la podía recibir? No, cuando hay una urgencia vital y se intuba, uno debe direccionar al paciente hacía la institución más cercana, lo que pasa es que lamentablemente el Colombia las instituciones de nivel superior deben hacerlo dentro del departamento, pero como Pereira es más cerca, la llevamos allá, lamentablemente muchas veces no aceptan porque no hay cupos, no porque no quieran
- ¿Usted ordenó el tac? No, creo que fue el Dr. Martínez en las horas de las noches. Para autorizar eso se requieren dos cosas, que los familiares tengan el dinero si es en la madrugada, o que la EPS lo apruebe si ya es en el día
- ¿Conoce la razón por la que se tardó la practica del tac? No, lo que sucede es que cuando los autorizan debemos trasladar al paciente
- ¿Cuándo atendió en urgencias vio la necesidad de un tac? No porque los síntomas no daban para ello, estaba consiente, entonces neurológicamente siempre estuvo consiente y con Glasgow muy alto, la recomendación en ese caso es observar y vigilar y si aparece síntoma de deterioro neurológico se debe tomar medidas
- ¿Qué participación tuvo para que el tac se llevará a cabo? No recuerdo bien la hora, pero lo único que hice fue tomar los resultados e interpretar el tac entre los médicos que estábamos, cuando llegó el tac es que la paciente se empeora, es después del tac que se presenta la complicación
- ¿Qué ordenes específicas usted ordenó y qué Glasgow tenía la paciente? Era la 1:53 am, la paciente se desploma y se inicia reanimación, durante la observación se despierta espontáneamente la paciente, consiente, orientada y alerta, eso significa un Glasgow como de 14, nunca más convulsionó en la noche, nos llamó la atención que ella se despertó espontáneamente
- ¿Con esos síntomas se podía presumir el accidente cerebrovascular? No, en esos momentos como la paciente estaba vomitando, eso se confunde una convulsión con un desmayo, se interpretó como una convulsión. En ese momento no se pensaba un SVE
- ¿La autorización para medicina interna se recibió mientras se tenía a la paciente? No, la autorización no se recibió. Eso se puede demorar horas, un día, varios días.
- ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la orden del tac, el momento en que se autorizó y el momento en que se tomó? La paciente ingresa a la 1:30 am, Se ordena el tac a las 7:00 am, a la hora que abren las oficinas de las EPS, y a las 14:43 se traslada a la paciente en Radiólogos reportan la tac a las 15:57, a las 4:54 es regresada de la toma del tac, a las 16:55 se reporta el tac, y a las 5:15 pm la paciente se complica y se intuba y se pasa a traslado a nivel superior.
- ¿A qué se debe el lapso de 7 horas de demora en la toma del tac? Es que era a la madrugada, a esa hora no autorizan ese tipo de exámenes, ese de hecho es no es un examen de primer nivel. Muchas veces no autorizan la tac, si la hubieran autorizado más temprano, a esa hora se hubiera trasladado a donde se requería para ello. Lo que pasa es que esa toma no es de nuestro nivel. La finalidad de la remisión es que a la paciente le sea tomada la tac en un nivel superior. Muchas veces no aceptan al paciente porque no hay neurocirugía porque es quién debe atender ese tipo de casos porque si se debe hacer un procedimiento, lo debe hacer ese especialista. Es Coosalud quien nos envía a clínica María Ángel porque había neurología
- ¿No era mejor llevarla a una clínica en Pereira? Era lo más adecuado, pero Coosalud nos dio esa directriz de ir a la clínica María Ángel. Cuando estaba en el traslado tenía condiciones normales de salud
- ¿Cuántas horas transcurrieron entre que usted ordenó la remisión y el momento en que la reciben en Imbanaco? Eran las 5:15 pm de la tarde cuando salimos y la reciben a la 1:30 am, transcurrieron por ahí 8 o 9 horas

- ¿Qué diagnóstico pueden apuntar los síntomas analizados en conjunto? Puede ser un evento convulsivo de novo, puede estar relacionado con enfermedades cerebrovasculares, como el desplome fue presenciado y no en casa, se pasa a reanimación
- ¿Qué ayudas diagnósticas se usaron para atender a la paciente? Se le realizó electro y laboratorios, pero como somos primer nivel, nuestra atención es clínica. En estos casos la indicación es montar la remisión en la red de remisiones y que la EPS los traslade a un nivel mayor
- ¿Lo correcto no era ordenar el tac desde la madrugada? No porque en esos horarios no se ordenan esos exámenes, se supone que la EPS debió remitir a la paciente a un nivel superior
- ¿Si la paciente llega en horas de la mañana qué hubiese hecho? Se hubiese hecho lo mismo porque es un examen que casi no se autoriza, en el 95% de casos no los autorizan. La indicación es remitir a la paciente
- ¿Los hallazgos de pérdida motora e incoherencia pueden tomarse como síntomas de un derrame cerebral? Sí, puede ser, pero la paciente presentaba unos síntomas que no llevaban exclusivamente a eso. En problema es que se monta la remisión y que la EPS autorice
- ¿Con los síntomas de la madrugada se puede hacer el tac? Sí, pero nosotros no tenemos tac, por ello lo que se ordena es la remisión
- ¿Un médico general puede pedir un tac o lo debe pedir el especialista? Sí, pero quién lo debe revisar es un especialista, por ello lo que se requiere es que se remita a un especialista
- ¿La hemorragia puede aparecer repentinamente o requiere tiempo de evolución? Pueden aparecer de forma lenta, por días, por horas
- ¿Cuál cree que era la modalidad del caso actual según los datos del caso actual? Pudo ser una isquemia que va dándose de manera lenta
- ¿En el caso anterior se puede salvar al paciente? Sí, por ello se ordena la remisión a una institución de mayor nivel
- ¿En el caso de la paciente era relevante tomar el tac de manera urgente? Lo que pasa es que en Cartago hay clínicas que toman ese examen, pero lo importante no es el tac, lo importante es que se remita al paciente a un nivel superior donde la pudieran tratar
- ¿El episodio cerebrovascular se puede tratar sin necesidad del tac? No, porque para hacer un diagnóstico se requiere el examen pertinente, en este caso el tac. La prioridad era el traslado por parte de la EPS
- ¿A qué se refería con que montó la remisión cuando recibió el resultado del tac? Hay dos remisiones, una de la primera hora que se hizo a medicina interna, y la segunda se hace remisión para traslado a UCI. En un punto se estuvieron esperando la orden de remisión y la orden de la tac
- ¿Usted tuvo la lectura del tac? No, no tuve la lectura
- ¿Con el diagnóstico de ACV Fisher 4 era necesario la atención de la paciente en una UCI si o sí? Sí, era necesario esa atención y esa atención sólo la prestan instituciones de 3 o 4 nivel
- ¿Por qué no la atendieron en San Jorge? Porque no tenían cupo
- ¿El Glasgow 3/15 era posible que la atendieran en servicio de urgencias o necesitaba la atención en UCI? Sí, en ese estado necesariamente requería atención de cuidados intensivos
- ¿Qué se hace una institución cuando no tiene cupo en UCI? La institución que recibe hace una nota de triage y determina si la recibe o no, ¿qué debe hacer la EPS si a la paciente si no la reciben? Debe reubicar a la paciente
- ¿El diagnóstico final de Fisher 4 ACV hemorrágico pudo haber evolucionado? Puede darse diferentes situaciones como que afecte inmediatamente o ir evolucionado
- ¿Cuál es el tiempo de ventana de atención en nivel superior? Es como de 10 a 12 horas porque en nivel 1 no hay nada que ofrecerle
- ¿En tiempo de ventana se toma desde el momento de la sintomatología o desde que se establece el diagnóstico? Lo que pasa es que en las 6 horas anteriores a la llegada sus síntomas eran vomito y dolor de cabeza que podía ser cualquier otra cosa, por eso se toma la ventana de tiempo desde que llegó
- ¿El diagnóstico final de Fisher 4 ACV se puede reversar? Es un pronóstico muy reservado
- ¿A qué se refiere con pronóstico reservado? A que es un paciente crítico que puede evolucionar a la fatalidad
- ¿Las EPS y las IPS tienen funciones diferentes? Las IPS prestan servicios de salud asistencial, las EPS son administrativas
- ¿Quién autoriza los exámenes o remisiones? La EPS, Coosalud
- ¿En el momento inicial con los síntomas era posible prever la hemorragia final? No, en ese caso no se podía prever el desenlace. La paciente llegó hablando por teléfono, consiente
- ¿Usted puede considerar que la atención de la IPS de Cartago fue oportuna, pertinente y adecuada? Sí, éramos tres médicos que la atendíamos. Nuestra atención fue la básica primaria

- ¿En la primera hora de atención del 19 de marzo de 2019 montaron la remisión a un nivel de mayor categoría? Sí señor, fue a las 3:00 am
 - ¿A qué se refería con que no tenía nada que ofrecerle a la paciente? Que después de la atención básica no podemos hacer mucho más
 - ¿Más importante que el tac era remitir a una entidad de mayor nivel? Sí, porque en un mayor nivel va a tener todas las garantías
 - ¿Puede confirmar al despacho que el periodo de ventana se superó en más de 20 horas se perdió por estar esperando la remisión de la EPS? Sí, estuvimos esperando esa remisión
 - ¿La IPS puede negarle la atención a la paciente? Se supone que sí, pero muchas veces ellos no pueden atender a los pacientes y están maniatados
 - ¿La remisión a medicina interna es lo mismo que a un nivel mayor de complejidad? Sí, eso puede ser en nivel 2 o nivel 3
 - ¿En condiciones normales las EPS niegan la practica del tac para que se tome en una institución de mayor nivel? Sí, pero suele suceder porque en muchos municipios no se puede tomar el tac, por ellos aceptan primero hacer la remisión que autorizar el tac
 - ¿Si el tac hubiese dado otro resultado era necesaria la remisión a mayor nivel? Sólo por haber convulsionado se debía remitir a un nivel mayor de complejidad
-
- En este punto de la diligencia el juez pregunta al apoderado de la parte demandante sobre la práctica de los demás testimonios decretados para hoy, y él togado contesta que desiste de todas las pruebas testimoniales decretadas en su favor (ordenadas para hoy y pendientes) entiéndase:
-

- Jhon Jairo Rendón Ospina
- Adriana Acevedo
- Marlyn Zuleyi Hoyos Cano
- Ana Bolena Polanco Pereira
- Adriana Serrano Russi
- Carlos Felipe Salgado Bello
- Cristian Andrés Palacios Martínez
- Liceth Muñoz Vargas
- Naiyara Quesada Mosquera
- Juan David Machola

- El despacho accede a ese desistimiento y notifica en estrados sin que se presentaran reparos

Termina la audiencia siendo las **05:49 PM**

Tiempo invertido: **5 horas y media aproximadamente**

Debe tenerse en cuenta que conforme lo establecido en la audiencia inicial, se recepcionarán los demás testimonios e interrogatorios de parte, de la siguiente manera:

El 30 de octubre de 2024 a las 9:00 AM

- Ricardo Jurado Llanos (pedido por Fundación Hospital San José)
- Álvaro Hernán Orrego (pedido por Fundación Hospital San José)
- Álvaro López Figueroa (pedido por Fundación Hospital San José)
- Carlos Antonio Franco Torres (pedido por Hospital Universitario del Valle «Evaristo García E.S.E)
- Alfania Álvarez (Pedido por la parte demandante)
- Amparo del Socorro Restrepo Rodríguez (Pedido por la parte demandante)
- Patricia Osorio Morales (Pedido por la parte demandante)

El 30 de octubre de 2024 a las 1:30 PM

- Yina Paola Bedoya Arias (Pedido por la parte demandante)
- Juan Gabriel Rojas Ramírez (Pedido por la parte demandante)
- Gloria Inés Chaves Ortiz (Pedido por la parte demandante)
- Contradicción al dictamen (Pedido por la parte demandante)
- Juan Sebastián Jiménez Cardona (Prueba conjunta Coosalud, Fundación Hospital San José de Buga, Mapfre Seguros HUV y Aseguradora Solidaria)
- Adriana Cardona (Prueba conjunta Coosalud, Fundación Hospital San José de Buga, Mapfre Seguros HUV y Aseguradora Solidaria)
- Luisa Fernanda Murillo Cardona (Prueba conjunta Coosalud, Fundación Hospital San José de Buga, Mapfre Seguros HUV y Aseguradora Solidaria)

El acta se cargará una vez el despacho la remita.

Cordialmente,



gha.com.co

Victor Javier Rivera Agredo

Abogado Junior

Of Cali: +57 315 5776200 |

Of Bog: +57 317 3795688 | Cel: 321 839 7361

Email: vrivera@gha.com.co

Cali - AV 6A Bis # 35N - 100 Oficina 212, Bogotá

- Calle 69 # 4 - 48 Edificio Buró 69 Oficina 502



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments