

Medellín, 10 de abril de 2023

Señor

JUZGADO PRIMERO (01) ADMINISTRATIVO DE SAN ANDRÉS

jadmsaislas@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

REF : REPARACION DIRECTA
DDTE : FRANCY DEL CARMEN CANTILLO RODELO y OTROS
DDO : IPS UNIVERSITARIA y OTRO.
RDO : 2019-00040

ASUNTO: ALEGATOS DE CONCLUSIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ, Abogado en ejercicio, portador de la tarjeta Número 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura e identificado con la cédula de ciudadanía No. 71.787.721 de Medellín, en mi calidad de apoderado Judicial de la **IPS UNIVERSITARIA** por medio del presente escrito me permito presentar algunas consideraciones con el fin de que sean tenidas en cuenta por el despacho al momento de proferir sentencia de primera instancia y en consecuencia se sirvan desestimar todas y cada una de las pretensiones de la parte demandante.

1. PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

El problema jurídico que se debe resolver en relación con la IPS UNIVERSITARIA radica en establecer si la atención médica dispensada al señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO en la IPS UNIVERSITARIA, sede San Andrés, estuvieron acorde con la lex artis.

Concretamente se deberá determinar, si el fallecimiento del señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO es consecuencia una falla en la prestación del servicio por parte de mi representada o si, por el contrario, se acreditó que falleció como consecuencia de un evento súbito y patológico del paciente.

2. ANTECEDENTES FACTICOS

El señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, es atendido en la IPS UNIVERSITARIA sede san Andrés el 02 de abril de 2017 por presentar herida en tórax por proyectil de arma de fuego, con shock de origen hipovolémico, por lo cual requirió tratamiento quirúrgico y manejo en UCI, y ante la evolución estacionaria, remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

Por lo cual el 04 de mayo de 2017, ingresa al HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN de Medellín, donde nuevamente repiten estudios de laboratorio para identificar la causa del cuadro febril intermitente, con reportes negativos, es decir, no se identificó ningún cuadro infeccioso activo, por lo que descartan las infecciones e inician sospecha de enfermedad linfoproliferativa con múltiples estudios por mas de 4 meses, diagnosticando finalmente un tipo de cáncer de sangre, conocido como linfoma no hodgkin asociado a virus del Epstein barr, iniciando ciclos de quimioterapia, frente a los cuales el paciente no tuvo una adecuada respuesta inmune y fallece el 29 de noviembre de 2017.

Se afirma en la demanda, que el paciente falleció, producto de múltiples infecciones nosocomiales adquiridas en la IPS UNIVERSITARIA, sin embargo, es claro que la parte demandante no cumplió con la carga probatoria no solo del hecho imputable a título de falla en el servicio, ni del nexo de causalidad por cuanto la causa de la muerte del paciente no tiene relación alguna con las atenciones médicas dispensadas, por cuanto la historia clínica del HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN da cuenta que el fallecimiento se dio por una patología cancerígena.

Adicionalmente, está acreditado que durante la estancia hospitalaria en la IPS UNIVERSITARIA no se presentaron infecciones nosocomiales que comprometieran la vida del paciente.

3. REPROCHE DE LOS DEMANDANTES (HECHO FUNDANTE DE LA PRETENSIÓN).

El argumento sobre el cual los demandantes fundamentan su acción de responsabilidad indemnizatoria consiste en que, a juicio de estos, el personal médico de la IPS UNIVERSITARIA incurrió en una falla del servicio por una infección nosocomial que llevó al fallecimiento del paciente.

Textualmente en la demanda, se consigna:

17. El señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, sufrió infecciones nosocomiales o intrahospitalarias por catéter venoso central -CVC- con secreciones purulentas, neumonía, *pseudomona aeruginosa*, *Staphylococcus Aureus*, linfoma por virus de *Eipstein Barr*, mientras estuvo hospitalizado en el Clarence Lynd Newball Memorial Hospital cargo de la IPS UNIVERSITARIA, que afectaron gravemente su salud, impidiéndole recuperarse completamente, obligando a las entidades demandadas a responder por el daño ocasionado por agentes exógenos.

Contrario a lo anterior, las pruebas que obran en el proceso dan cuenta que, en el caso del señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, se dio una atención médica oportuna, adecuada y conforme a los protocolos médicos y sobre todo las necesidades del paciente, conforme a las ayudas diagnósticas que ordena la *lex artis*.

Así mismo se logró acreditar que el fallecimiento del paciente es consecuencia de una infección nosocomial, si no de una patología cancerígena, la cual ninguna relación tiene con el proceso de atención.

4. RÉGIMEN PROBATORIO APLICABLE EN MATERIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA.

Para el entendimiento y correcta solución al problema jurídico planteado, conviene recordar, que hoy por hoy, en materia administrativa, la doctrina especializada y la Jurisprudencia son unánimes en considerar, que el régimen probatorio aplicable, es el régimen de la culpa o falla probada.

Esto significa, que es al demandante, a quien en materia de responsabilidad le corresponde la carga de la prueba del error o de la falla médica que alega como fundamento de sus pretensiones. No es dable entonces, hacer presunciones de responsabilidad o de culpabilidad, a partir de resultados médicos indeseados.

Reiteramos, hoy pacíficamente se acepta, que quien alega un error médico, debe demostrarlo probatoriamente, so pena, de ver desestimadas sus pretensiones.

En este sentido la *“La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella **es de naturaleza subjetiva**, advirtiendo que **es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria**, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y **el nexo de causalidad entre aquella** y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance”¹*

Así las cosas, es evidente que la tesis dominante y lógica es que materia de responsabilidad médica, el demandante es quien tiene la carga de demostrar los presupuestos de la responsabilidad que alega, y especialmente la falla del servicio o hechos culposos de las entidades demandadas y el factor de atribución en cabeza de alguno de los demandados.

En el caso concreto, desde ahora conviene dejar en claro, que los demandantes no cumplieron con dicha carga probatoria, pues no lograron demostrar la existencia de una falla imputable a la IPS UNIVERSITARIA y por el contrario, los demandados, sin tener la carga de probatoria, acreditaron con suficiencia que toda la atención médica del paciente, estuvo acorde con la *lex artis*.

Como lo indicamos anteriormente, dentro del proceso, tanto la historia clínica, los dictámenes periciales y los testimonios dan cuenta que la IPS UNIVERSITARIA actuó conforme a los protocolos médicos, no solo en la realización de múltiples ayudas diagnósticas al momento del ingreso, sino también en diagnóstico de los picos febriles intermitentes del paciente sin causa aparente, descartándose incluso infecciones nosocomiales, no solo por parte del personal de la IPS UNIVERSITARIA si no también por parte del personal médico del HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN, donde fueron enfáticos en descartar que la causa de la fiebre del paciente fuere infecciosa.

5. SOBRE LOS MOTIVOS POR LOS CUALES LA IPS UNIVERSITARIA, NO TIENE LA OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR LOS PERJUICIOS RECLAMADOS.

A. AUSENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO POR PARTE DE LA IPS UNIVERSITARIA

La falla en el servicio médico es cuando se contravienen las reglas propias de la actividad médica, es decir, cuando se actúa con falta de idoneidad, imprudencia o negligencia, infringiendo así principios científicos y normas legales o éticas, o cuando el profesional de la salud se aparta de los procedimientos que la medicina considera como indicados para el caso concreto de un paciente.

¹ Sentencia del 05 de marzo de 2015, Consejo de Estado, Sección Tercera. 30102 M.P. Danilo Rojas.

Teniendo claro esto y que la obligación de la prestación de servicios médicos es una obligación de medios y no de resultados, se exige para la indemnización de un daño que se demuestre la responsabilidad subjetiva, es decir que del análisis del actuar medico se pueda determinar que el resultado adverso se produjo por la impericia, negligencia o imprudencia del médico.

En el caso que nos ocupa se demostró con cada una de las pruebas arrimadas al proceso, tales como, historia clínica, dictamen, testigos técnicos y demás pruebas testimoniales que, no existe ninguna acción u omisión por parte de la IPS UNIVERSITARIA que influyeran en el deceso del paciente.

Lo anterior se afirma con base en lo siguiente:

- **EL PACIENTE NUNCA PRESENTÓ UNA INFECCIÓN NOSOCOMIAL QUE COMPROMETIERA SU VIDA.**

Tenemos que el 02 de abril de 2017 el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, ingreso al servicio de urgencias de la IPS UNIVERSITARIA sede San Andrés, en malas condiciones generales por presentar impacto por proyectil de arma de fuego en tórax anterior izquierdo, con reporte de shock hipovolémico y perdida de la conciencia.

En virtud de lo anterior, es atendido de forma inmediata por el personal de urgencias, quienes realizan reanimación, intubación y traslado a quirófano urgente para realización de toracotomía por posible lesión pulmonar o coronaria.

En virtud de lo anterior, a solo 15 minutos del ingreso, el paciente es intervenido quirúrgicamente por la cirujana GISELLA JUDITH SARMIENTO ROMERO, quien reporta los siguientes hallazgos:

“hemotórax aprox. 2000 cc. Múltiples lesiones pulmonares a nivel de lóbulo superior izquierdo en borde inferior lesión transfixiante sangrante y una lesión a nivel de borde superior de lóbulo inferior izquierdo, sangrante herida por proyectil de arma de fuego en tórax con orificio de entrada a nivel de tercer espacio intercostal con línea medio clavicular izquierda y orificio de salida a nivel de t10-t12 en línea media procedimiento, toracotomía anterior izquierda + toracotomía cerrada izquierda, + drenaje de hemotórax + neumorrafia múltiple.”

Luego de la intervención quirúrgica, el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, requirió vigilancia estricta en Unidad de Cuidados Intensivos, siendo necesario para su tratamiento, intubación orotraqueal e instalación de catéter venoso central para el suministro parenteral y medicamentoso.

Ahora bien, el 11 de abril de 2017, el paciente reporta picos febriles y rubor y calor a nivel del catéter, motivo por el cual, de forma diligente y sobre todo oportuna, se ordenó el retiro del catéter y cultivos, tanto del paciente como del catéter retirado, obteniéndose los siguientes resultados:

Cultivo especial para microorganismos en catéter: positivo para enterobacter cloacae

Hemocultivos del paciente: se realizan dos hemocultivos, los cuales reportan negativos.

Es decir, señor juez, que, si bien el catéter reportó positivo para esta tamización, el paciente no reportó infección activa, conforme los resultados negativos de los cultivos, tomados de forma simultánea al paciente y al dispositivo, a pesar de lo cual y con el fin de precaver cualquier evento, se inició de forma inmediata tratamiento antibiótico dirigido, el cual arrojó resultados positivos.

Así mismo, tenemos que para lo que interesa al proceso, el germen denominado enterobacter cloacae complex², es un bacilo gramnegativo presente (como microbiota local) en el aparato digestivo humano, es decir, señor juez, se trata de un germen propio de la flora normal del paciente, lo que determina que se trató de un germen endógeno del señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO.

Luego de un proceso de atención de casi un mes, el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, es dado de alta el 22 de abril de 2017, en buenas condiciones generales, con órdenes de consulta para revisiones, exámenes complementarios ambulatorios y tratamiento antibiótico.

Al respecto, la historia clínica indica:

“paciente en buena evolución clínica sin fiebre sin disnea por lo que se ordena alta médica. con tratamiento ambulatorio cita medicina interna”

Si bien, es cierto, el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO, reingresa el 23 de abril de 2017 reportando picos febriles subjetivos sin cuantificar, y se sospechó de un proceso infeccioso por pseudomona aeruginosa (como germen más común), este hecho fue descartado con los cultivos realizados al paciente.

Al respecto, la nota del 24 de abril de 2017 indica: *“se modifica manejo antibiótico para cubrimiento de pseudomona aeruginosa.”*, lo que de ninguna manera indica que se haya aislado ese germen como lo afirma sin sustento alguno la parte demandante.

Además, tenemos que una vez el señor RAFAEL MENDOZA CANTILLO es valorado por la especialidad de cirugía general, se reporta *“herida quirúrgica sin signos de infección”* y cultivos negativos.

Nótese señor juez, que en todo momento se habló de posible infección por pseudomona, sin que se realizara afirmación respecto del proceso infeccioso, ni muchos menos del tipo de germen, sospecha que no fue corroborada por los cultivos realizados, por lo que se continuó con el proceso diagnóstico del paciente, mirando hacia otras causas etiológica de su patología, como neurológicas o incluso motoras.

Ahora bien, el herpes bucal (también llamados fuegos labiales) como el reportado el paciente, NO SON UNA INFECCIÓN POR BACTERIAS (es un virus), y NO SON DE ORIGEN nosocomial, y se presenta como factor secundario a los cuadros febriles, por lo que también se conoce como herpe febril, el cual esta ampliamente diseminado

² La Enterobacter cloacae vive en el tracto gastrointestinal de los seres humanos como parte de una población microbiana normal, ayudando a realizar la digestión

en el ambiente como un virus silvestre, que de ninguna manera está asociada al cuidado de la salud como lo pretende hacer ver la parte demandante.

Así mismo se llama la atención del despacho en el hecho que para el momento de la aparición del herpes febril, el paciente YA previamente había reportado picos febriles, por lo que de ninguna manera se puede atribuir un nexo de causalidad a dicho virus, reiteramos es la fiebre que origina la aparición del fuego y no al contrario.

Al respecto, el Dr. LEOPOLDO MARTÍNEZ, médico cirujano que atendió al paciente en Medellín, indicó:

Al paciente lo traigo al posoperatorio, no sé si fui yo quien recibió al paciente porque hasta ayer tuve la oportunidad de revisar la hc del paciente, como previamente ya había revisado la hc de san Andrés y me llegó la hc de su atención en Medellín me centre en la atención de la historia en Medellín... es una herida por proyectil de arma de fuego que compromete órganos vitales a cavidad torácica con sangrado secundario que cirugía general controla y se maneja shock hipovolémico en uci, el paciente de esa parte evolución satisfactoriamente en cuanto a su condición vital... el paciente se queda con tubos de tórax... los tubos son para que se drene el aire o la sangre o cualquier sustancia... el paciente tuvo su tubo de tórax se manejó la circunstancia de la expansión torácica adecuada, al paciente le tiran el tubo, sale a piso luego creo que regresa con cuadro febril uci, y en el hospital de sa se define remisión a cirugía de tórax pensando que el paciente tenía neumotórax coagulado... los neumotórax coagulados son muy frecuentes en patologías secundarias a trauma y no son secundario a malos manejos sino al paciente acumula sangre y esta se coagula a pesar del manejo... y a pesar de que el sangrado del paciente sea escaso... lo hemotórax coagulados se infectan con facilidad aun cuando usted no evidencia pus, el paciente tenía fiebre y lo más lógico era pensar que la fiebre era secundaria a un cuadro secundario a la eventualidad quirúrgica

¿doctor podría indicarnos que es un herpes labial? Hay un virus que se llama el herpes simples, el herpes es una familia de virus... cuando yo digo tiene herpes estoy hablando en el léxico que manejamos los médicos de dos posibilidades si solo me limito a decir que tiene herpes tengo que ponerle apellido, herpes tipo I o herpes tipo II, al herpes tipo I es un fuego, después de cualquier episodio viral, no se cura nunca, es, benigno y suele aparecer con frecuencia con estos cuadros de fiebre... transitorio... cuando dices tipo II es herpes genital

¿podría indicarnos si este es un virus que habita usualmente en la comunidad? Si claro

***¿o es necesariamente intrahospitalario? No, es un virus de la comunidad,** es un virus que no se cura nunca y **generalmente lo tienes contigo...** entonces lo **más probable es que el paciente tuviera contaminación del virus del herpes,** para que te contagies de herpes tienes que tener contacto mucoso... en mi concepto no existe transmisión nosocomial...*

Por su parte el Dr. JUAN GUILLERMO GAMBOA ARROYAVE

¿su estado general era compatible con un proceso infeccioso neumónico de acuerdo a los estudios de líquido pleural, tac, radiografías? Él tenía unos coágulos en el pulmón que podrían ser secundarios a una infección pero no una infección

bacteriana, lo que llamamos comúnmente neumonía, neumónica nosocomial no tenía, y la clínica no era sugestiva de eso

¿ud luego realiza una impresión diagnóstica “síndrome febril pero sin causa infecciosa sospecha de enfermedad linfoproliferativa, error innato de la humanidad” por qué afirma esto? En el contexto de una fiebre de origen desconocido digamos después de realizar los estudios iniciales que van enfocados a demostrar infección como primera causa aparecen, luego las enfermedades tumorales dentro de ellos el linfoma es el que generalmente presenta fiebre... entonces la sospecha iba dirigida a un linfoma por las lesiones que tenía en piel, las venopatías, unos ganglios...

¿posteriormente en septiembre se hace diagnóstico de fiebre de origen tumoral, eso confirma la sospecha de diagnóstico que realizo como enfermedad linfoproliferativa como causa del proceso febril? En septiembre yo ya no estaba pues involucrado con el proceso de atención, pero fiebre de origen tumoral es un diagnóstico que hacemos luego de excluir que una infección sea la etiología de la fiebre y en el contexto de la confirmación de un tumor, entonces un paciente con cáncer que tiene fiebre puedo llegar a concluir que la fiebre se debe a la enfermedad neoplásica y a eso vamos a poner el diagnóstico... y está en concordancia con la sospecha inicial

Igualmente, el Dr. RICHARD PALACIO, médico especialista en cirugía general, indicó:

¿de acuerdo a su experiencia y a la manifestación que dijo, que era una herida grave, por qué es una herida grave, que le paso a este señor? Yo no vi en la nota por lo menos la descripción quirúrgica... sin embargo, viendo mis notas tuvo herida pulmonar y una herida, que ese proyectil, al parecer también lesiono o paso cerca de la columna porque el paciente inicialmente fue evaluado, porque hay unas notas de neurocirugía porque el paciente tenía perdida de movilidad de las extremidades inferiores, entonces si miramos el contexto una herida en el lado izquierdo donde está el corazón, el pulmón... todo es un desastre, el paciente conto con mucha suerte q no lesiono el corazón... la lesión del pulmón es una lesión delicada.. en la medida que se suturo el pulmón y se dreno el sangrado que hizo... entonces una herida potencialmente grave, uno por lo que pudo haber hecho y segundo por las situaciones que presento posteriormente el paciente...

Por su parte la Dra. GISELLA SARMIENTO ROMERO, afirmó ante este despacho:

¿a este paciente se le realizaron cultivos? En el hospital de san Andrés si se le realizo hemocultivo en la punta del catéter que él tenía

¿Cuál fue el resultado? Tuvo una infección local por el catéter de cultivo del catéter pero los hemocultivos fueron negativos

¿ud nos acaba de decir q hizo estudio de catéter y del paciente sepárenos el resultado? El paciente presento coloración en el sitio de punción de la herida donde se coloca el catéter central, el paciente estaba presentado fiebre, se determinó en ese momento tomarle estudio a los medida invasivas que tenía el paciente que era el catéter donde dio positivo para este, pero era una infección local del catéter y se tomaron hemocultivos para saber si la infección se había generalizado y no, o si la fiebre de él no era por una bacteriemia o infección generalizada... tenemos que tener presente que cuando actuamos el primer día estamos en paciente con herida que se considera sucia por ser una herida con arma de fuego...

¿infirmos de acuerdo a eso si el paciente presentó en su organismo una bacteria que pudiera presentarle una enfermedad prolongada? No, de hecho los cultivos presentados que no tenía bacteriemia...

Señor juez, es claro que durante la estancia hospitalaria en San Andrés el paciente no reportó ninguna infección nosocomial que agravara su estado de salud, ni mucho menos que comprometiera su vida, prueba de ello también esta en los reportes de historia clínica del Hospital San Vicente Fundación quien al ingreso repitió los hemocultivos, los cuales dieron resultados negativos descartándose el origen de la fiebre como infeccioso.

Al respecto las notas indican:

Folio 9 nota del 10 de mayo de 2017:

... CONCLUSION: Ecoradlografía transtorácica dentro de límites normales. No se observaron trombos, masas ni vegetaciones. *Reporte definitivo de hemocultivos aerobios del 6 de mayo: negativos

consumo de alcohol, o de otras sustancias - Epidemiológicos: niega contacto con pacientes tosedores crónicos. Vive solo. Extrahospitalariamente recibió: ciprofloxacina, piptaz y vancomicina (la HC se extravió). Condición clínica estable, sigue taquicárdico pero afebril en las últimas 24 horas. Hasta el momento seguimos sin encontrar la causa de la fiebre, los nódulos pulmonares y lesiones en piel. La ecocardiografía descartó vegetaciones. Pendiente resto de estudios en LBA y resultado de biopsias de piel. Solicito perfil hepático de control (previamente tenía leve elevación de transaminasas), calcio sérico (se ha interrogado la posibilidad de sarcoidosis) y uroanálisis (evaluaremos si el sedimento nos da pistas de la enfermedad que

Folio 19 nota del 23 de mayo de 2017:

Paciente de 24 años con antecedente de trauma de tórax por HPAF tórax izquierdo, desde entonces empiema asociado, y sobreinfección, que se fue resolviendo y manejado por cirugía general, ahora con síndrome febril prolongado en estudio por sin causa infecciosa o autoinmune, por adenopatías se sospecha sarcoidosis vs síndrome linfoproliferativo, a la evaluación oftalmológica agudeza visual normal, sin DPAR, con desaturación del rojo en ojo derecho, sin compromiso de segmento anterior, no células, no flare, sin nódulos en iris que sugieran uveítis, en el fondo de ojo se observa papiledema grado IV, sin retinitis, por lo cual se requiere descartar causas de HEC por neurología. Se espera resultado de RM cerebral, y posterior a esta es sugiere punción lumbar. Nueva valoración por oftalmología

Lo anterior es muy importante tenerlo en cuenta señor juez, por cuanto es claro que durante la estancia hospitalaria el paciente NO REPORTÓ infecciones nosocomiales de ninguna índole que pusieran en riesgo su vida, por lo que se deberán desestimar las pretensiones de la demanda.

- **DILIGENCIA Y CUIDADO**

Contrario a lo afirmado por la parte demandante, en el proceso se acreditó con suficiencia la diligencia, cuidado y oportunidad del personal médico de la IPS UNIVERSITARIA en el proceso de atención del paciente, no solo en el manejo de la urgencia vital con la que llegó si no también en la identificación de la causa del cuadro febril, al punto que a pesar de tener reportes negativos de hemocultivos, se ordenó cubrimiento antibiótico de amplio espectro y manejo pro la especialidad de cirugía de tórax en un mayor nivel de complejidad, institución en la cual avalaron completamente el manejo dado en SAI, sin embargo, ante la persistencia de los picos febriles intermitentes y luego de casi 10 días en dicha institución se decide iniciar otro enfoque diagnóstico.

Al respecto, el Dr. RICARDO PALACIO GUETE, médico especialista en cirugía general, indicó:

¿diga si entre el 6 y 22 de abril el paciente presentó picos febriles intermitentes? Si

*¿a partir del 6 de abril de 2017 cuando apareció la fiebre cuales ayudas diagnosticas de ordenaros para determinar su origen? En ese proceso se hacen exámenes de sangre, de orina, cultivos se tienen que revisar todos los accesos venosos, tubo de tórax, todo con lo que se atiende al paciente en su reanimación, **porque la fiebre no es específica de nada** este es un elemento que nos dice que va sucediendo y nosotros tenemos que salir a buscar la causa, en ese momento el paciente tenía dos picos de fiebre y nos ponía en alerta que algo estaba sucediendo y teníamos que descartar posibilidad de origen de infección bacteriana y más teniendo en cuenta que le paciente sufrió herida de arma de fuego... es una herida infectada con la que ingresa el paciente, de entrada uno ya considera una herida con infección uno tiene que estar muy atento en ese proceso... por eso el paciente desde le inicio estaba cubierto con antibióticos de alto espectro*

¿Cómo los cultivos no arrojaron resultados positivos y persista la fiebre diga que otros exámenes podrían haber sido utilizados? ese paciente... bueno no podría en estos casos hacer manejo conjunto de hecho el paciente podría decir que desde el momento que ingresa, ese tipo de heridas es herida infectada... es una herida sucia por eso desde el ingreso se inicia antibiótico de alto espectro, después de la evolución del paciente dependiendo de la evolución uno empieza la investigación de posibles focos de infección, el paciente tiene mejorías pero no era tan rápido... también se pidió valoración por medicina interna...

¿sírvase precisar por qué no se consideró realizar exámenes para determinar infecciones virales sino únicamente bacterianas? Cuando uno está en un contexto de un paciente por trauma uno no hace exámenes ni estudios para virus porque lo que ataca en ese caso son las bacterias, las bacterias son el principal germen que afecta el paciente, las infecciones virales no, de hecho no se trata con antibióticos y no es la urgencia de este paciente... y la infección por Virus no es la que va afectar la vida el paciente.. entonces inicialmente se da un cubrimiento para bacterias... acá lo primero es cubrir con antibióticos y salvar la vida del paciente posteriormente cuando se estabilizo y ya teníamos el paciente en otras condiciones entonces uno tiene que volver a reevaluar todo y empezar a considerar con que antibióticos continua entonces con calma empieza hacer los cambios en este caso el paciente empezó hacer cuadro febril causas múltiples y se empezó a identificar la fiebre una vez que descartamos que el problema no era del pulmón fue donde se hicieron estudios posteriores y se llegó a la conclusión de una infección viral pero no fue la causa del trauma inicial fue una situación que se presentó posteriormente

¿Por qué el paciente permaneció 32 días hospitalizado en san André luego que la herida de bala había sido tratada efectivamente? Fue una herida compleja en la medida que estaba afectado la parte ventilatoria del paciente es un paciente que entro en malas condiciones generales que había podido fallecer en ese momento y a pesar de todo se le hizo el manejo se le corrigió la situación, el manejo del shock hipovolémico se estabilizo el paciente, entonces eso requiere un tiempo, ese tiempo lo determina cada persona, cada paciente tiene su ritmo y sus circunstancias, entonces este paciente empezó su proceso era una herida mayor y grave y le tomo el tiempo de pasar su proceso de recuperación... y todavía tenía el problema de los picos febriles y se empezaron hacer los estudios por eso paso hospitalizado...

¿en nota de 23 de abril de 2017 se lee "hemograma HB7.2 neutrofilia se ordena trasmisión de unidades de CRG. Por qué estaba indicado conforme a ese reporte de hemograma la trasfusión de esas dos unidades de glóbulos rojos? Porque ele nivel

de hemoglobina estaba muy bajo, en 7... el hab significa hemoglobina... el nivel de sangre estaba muy bajo y necesitaban tener la paciente por encima de 8

¿Qué consecuencia puede tener en un paciente una hemoglobina por debajo de 8? Si estamos hablando en este contexto hablando de trauma es muy nocivo porque los tejidos dejan de oxigenarse y los tejidos requieren de los glóbulos rojos para que le lleve le oxígeno y si no tenemos la suficiente cantidad se genera una isquemia... y eso puede abrir la puerta a otro tipo de infecciones, tanto para los órganos y todo el sistema inmunológico, necesitamos mantener niveles de oxígeno óptimos, y uno por encima de 8 lo maneja quisiera tener a sus pacientes... en ese caso del paciente estaba indicado por la pérdida sanguínea que presentó al inicio

¿6 meses después el paciente fue diagnosticado con fiebre de origen tumoral por un linfoma T asociado, podría indicarnos si conforme a la valoración que usted hizo, tenía signos clínicos que permitían sospechar esa patología? Ni idea, eso es imposible detectarlo... uno lo que está tratando es salvar la vida el paciente y superar esa lesión inicial eso son cosas que el paciente previamente si venia con otras circunstancias en ese momento no se hizo evidente, necesitábamos era recuperar al paciente en la medida que debíamos recuperar sus niveles de sangre... de hecho me estoy enterando de eso

¿el paciente al momento de la atención de san Andrés no tenía signos de esa neoplastia para poder sospecharla? No no fue evidente... con todos los exámenes que se hizo no... igual no era algo que estaba en la búsqueda, no es el caso de un paciente que tiene ese tipo de traumas buscar una neoplastia... ese no era el objetivo ni se determinó ninguna situación...

¿puede existir alguna relación entre un diagnóstico de linfoma T asociado con e trauma o el tratamiento o la evolución posoperatoria de este paciente n la isla de san Andrés? Sería una conjetura, no tengo elementos para esto... decir que la causa era un linfoma no, estaba sospechando una fiebre y un proceso infeccioso... por eso el paciente estuvo hospitalizado... pero de allí a detectar cosas q no es el objetivo q no es lo que uno hace usualmente, tendría que ser algo muy evidente...

Por su parte la Dr. GISELLA SARMIENTO ROMERO, afirmó:

¿Cómo llegó el paciente? El paciente llegó a urgencias del hospital con herida precordial shock hipovolémico, respiración agónica, inconsciente, en la urgencia procedemos hacer toracotomía cerrada para drenaje de peritoneo que es la sangre acumulada en el tórax... decidimos llevarlo a cirugía para drenaje de sangrado y revisar pulmón corazón, encontramos varias lesiones en pulmón realizamos sutura de estas, el paciente posterior a cirugía salió estabilizado para la unidad de cuidados intensivos en la cual evoluciono satisfactoriamente hasta el 22 de abril donde fue dado de alta

¿la atención que se brindó al paciente fue rápida nos puede hablar de tiempo? El tiempo de ingreso del paciente a la atención no tardo más de 15 minutos, se llevó a cirugía todas fueron decisiones rápidas secundario al trauma que amenazaba con la vida el paciente...

Con lo anterior es claro que se acredita la ausencia de falla en el servicio por parte del personal medico de la IPS UNIVERSITARIA y por el contrario, una actuación medica oportuna y totalmente ajustada a los protocolos médicos.

B. SE DEMOSTRÓ DENTRO DEL PROCESO ROMPIMIENTO DEL NEXO CAUSAL, el fallecimiento del paciente fue pro una patología cancerígena.

Otro aspecto para tener en cuenta el momento de dictar sentencia, es la clara ausencia de nexo causal como elemento estructural de la responsabilidad que se presenta en este caso, por cuanto en el proceso quedo demostrado que el paciente falleció como consecuencia de complicaciones secundarias a la quimioterapia realizada al paciente por el diagnóstico de cáncer de sangre.

Reiteramos que en el HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN se descartó la presencia de un proceso infeccioso activo en el paciente y por el contrario, luego de 4 meses de estudios especializados y biopsias, se realizó diagnóstico de linfoma T asociado a virus del Epstein Barr estadio IV B, lo cual explicaba la fiebre como de origen tumoral, por cual iniciaron manejo con quimioterapia el 20 de septiembre de 2017 y un segundo ciclo en octubre, en el cual igualmente identificaron un alto riesgo de aplasia secundaria a la quimio, es decir, un alto riesgo de infecciones en el paciente derivada de la quimioterapia, riesgo que se materializó en noviembre de 2017, con aparición de micro abscesos hepáticos que requirieron drenaje y biopsia.

A pesar de ello, el paciente reporto una inadecuada evolución, con reporte de sangrado postbiopsia, con hemoperitoneo y coagulopatía que finalmente lo llevaron a la muerte el 29 de noviembre de 2017 en el HOSPITAL SAN VICENT FUNDACIÓN de Medellín.

Lo anterior, es muy importante tenerlo en cuenta señor juez, por cuanto se acredita que el fallecimiento del paciente ninguna relación de causalidad tiene con el proceso de atención en salud dispensado por la IPS UNIVERSITARIA 7 meses antes.

Al respecto, el Dr. LEOPOLDO MARTÍNEZ, médico cirujano que atendió al paciente en SAI, indicó:

*sin embargo, la causa de fallecimiento de este señor no tiene absolutamente nada que ver con una infección nosocomial puesto que con la revisión de la hc del paciente en Medellín, tengo un par de apartes donde una historia el paciente llega a Medellín los primeros días de mayo, llega con el cuadro de fiebre deja le hacer fiebre, le hacen los estudios pertinentes, y vuelve hacer fiebre y como no creen que es un cuadro infeccioso lo empiezan a estudiar... en medicina nos enseñan que si ud oye cascós y esta en cualquier pueblo del magdalena lo más probable es que sea una vaca o un caballo ósea no pensamos en jirafas... y nuestra causa de pensamiento trata de encausar cualquier enfermedad, ósea un paciente está enfermo y presenta síntomas, y lo ponemos en una sola causa porque es lo más probable, sin embargo, puede que un zoológico llegue santa marta y al frente de mi casa pase una jirafa, que fue lo que paso con este señor, cuando llega a Medellín hay notas que dicen que persiste con la fiebre no tiene indicación para antibioticoterapia puesto que el cuadro que tiene no parece ser infeccioso, **el llega lo primero que creen es que es infeccioso que es lo primero que piensa un clínico y al principio creen que es infeccioso después de la evolución, los estudios se descarta cualquier tipo de foco infeccioso,**... el paciente empieza a mostrar signos y síntomas de otras cosas que hace pensar de enfermedades sistémicas pero no derivadas de un problema infeccioso sino de otro tipo de patologías, cree que es una enfermedad reumatológicas es decir el principio de autoinmunidad... en medicina con frecuencia sale nuevas enfermedades... entonces lo que nos dedicamos al área de paciente critico lo que más nos compete es lo que vemos todos los días, pero nadie se las sabe todas y hay muchas cosas que*

están descritas y por eso se llama a un especialista... pero hay cosas que están descritas pero que nadie conoce... a este paciente lo ven todas las especialidades posibles le hacen todos los exámenes posibles y solo en noviembre creo que se le hace un diagnóstico, a este señor se le diagnostica un linfoma de células traídas por un kiler, de muy difícil diagnóstico afortunadamente llegaron a un diagnóstico...

*¿Qué es el linfoma? Es un cáncer de las células blancas, de las células que defienden el cuerpo, es un cáncer de linfocitos, los linfocitos son células que hacen parte del sistema inmunitario del cuerpo... el caso de este señor fue mucho más complicado, a este señor no lo podemos mirar desde la evolución del trauma, **porque lo que mató a este señor no tiene nada que ver con el trauma...** o sea que usted tenga una herida de proyección de arma de fuego no le va a dar un cáncer... si bien las infecciones son esperables... de lo que se es culpable en este caso, es que el paciente haya sobrevivido lo suficiente, para que en el transcurso del tiempo se dieran cuenta que el paciente tenía un cáncer, que ya tenía un proceso porque para usted tener un cáncer tiene que tener una base patológica...*

*¿usted hace una conclusión, respecto a que la muerte no se dio por causa del trauma del proyectil de arma de fuego, frente a ese mismo razonamiento, tampoco fue por causa de una infección nosocomial? Yo tengo la historia... hasta el día 24 de octubre y el paciente fallece en noviembre, entiendo creo que alguna parte de la demanda leí que el que firma el certificado de defunción escribe como causa de mortalidad una infección nosocomial, lo cual es posible, **claro que es posible pero esa infección no tiene nada que ver con el trauma que se generó en el mes de abril**, porque en la evolución del paciente, el paciente no estaba infectado, ósea una infección sistémica por cualquier germen de este, nadie le sobrevive de mayo hasta noviembre 6 meses... el paciente tuvo un cuadro de fiebre... entonces ese paciente sobrevive **6 meses con fiebre de origen desconocido** donde los médicos incansablemente buscaron el cuadro... hasta que finalmente se pudo llegar a un diagnóstico... entonces cuando usted recibe quimioterapia hay varios procesos secundarios uno de esos, es que la idea de la quimioterapia es matar las células malas pero mientras usted mata las malas, mata a las buenas también, **entonces con frecuencia los pacientes a los que se someten a quimioterapia tienen un cuadro de aplasia medular**, en eso los pacientes se deprimen de todas las líneas celulares que produce la médula ósea, entonces se deprime los glóbulos rojos el paciente se pone anémico se le deprimen las plaquetas, pueden presentar sangrado, se le deprimen las células blancas entonces el paciente no tiene como defenderse, si usted se le deprimen las células blancas con alta probabilidad hace infecciones nosocomiales y con frecuencia los pacientes que son tratados con cáncer se mueren por infecciones nosocomiales... **pero es una infección nosocomial secundaria a la quimioterapia 6 meses después, no tiene nada que ver una cosa con la otra**, mi impresión es que la primera línea que debía realizar no lo hizo con ojo clínico entrenado o con conocimiento suficiente para saber que una cosa no tenía nada que ver con la otra, entonces este paciente presenta todas las complicaciones posibles que presentan los pacientes críticos... el paciente le hacen una biopsia hepática... ya usted tiene un cáncer diagnosticado puede infiltrar órganos y piensa que las infiltraciones de órgano es por el cáncer... pero a pesar de estar en quimioterapia la cosa no funciona... me toca biopsia el hígado, **le biopsian, tiene un sangrado secundario a la biopsia eso es una complicación terrible en las condiciones del paciente es otro shock hipovolémico, salió con laparotomía, es decir el abdomen abierto... no se podía cerrar entra en todas las complicaciones de una hipertensión intraabdominal... todas esas son complicaciones que manejamos los médicos que estamos en las áreas quirúrgicas y críticas pero cuando una persona confluyen tantas cosas, la probabilidad de mortalidad es muy alta...***

¿en nota del 27 de mayo de 2017 en Medellín el medico consigna que tiene una sospecha de enfermedad linfoproliferativa síndrome febril sin causa infecciosa por error innato de la inmunidad que significa esto? Cuando el paciente llega a Medellín y le hacen su examen físico y ven la evolución del paciente notan que le empiezan a salir unos nódulos... desde el 27 de mayo tuvieron la sospecha por primera patología que podría ser un síndrome... pero solo a pesar de todo lo que se hizo hasta octubre es cuando finalmente se confirma que efectiva es un síndrome linfoproliferativo.

¿Qué es un síndrome linfoproliferativo? Es cuando las células linfoides, que son las encargadas de las defensas, proliferan de forma no controlada, eso es la definición de cáncer, las células se reproducen de forma no controlada, porque tú en tu cuerpo tienen células que hacen parte del sistema inmune que cuando hay células dañadas, las identifican y las anulan... las células blancas las células del tejido de la inmunidad son los policías de nuestro sistema sanguíneo se dan cuenta donde está la célula que hace daño a los demás y la anulan, si tú tienes un cáncer es porque en principio tiene un error de su inmunidad...

*¿el 06 de septiembre de 2017 se obtiene el resultado de la biopsia... donde indican linfoma t **asociado fiebre de origen tumoral**, que significa esto? Hay un capítulo gigante que se llama fiebre de origen desconocido, porque cuando tienes fiebre con frecuencia se identifica cual es la causa de la fiebre, entonces tu empiezas con fiebre y tienes fiebre la mayoría de las veces... es que tu tengas gripa el mismo virus que le dio a los que están en tu casa... entonces es una fiebre secundaria a rinovirus... cuando no tenemos ni idea de que está produciendo la fiebre entra a desconocido, por ese diagnóstico tienes que entrar en unos estudios... entre las causas están las causas tumorales, los cánceres...*

¿fiebre es igual a infección en medicina? No eso es falso, fiebre no es igual a infección en la mayoría de los casos cuando la fiebre es de origen desconocido es una infección atípica o cuadros autoinmunes o cuadros tumorales, en este caso como el paciente cuando hacen esa nota, no estaba infectado hacen el diagnóstico de fiebre de origen tumoral... entonces lo escribo fiebre de origen tumoral...

¿en otra de las hospitalizaciones, 20 de mayo se indica: alto riesgo de aplasia por desaparición de células de producción de sangre, que significa? En la médula ósea la mayor cantidad de médula ósea está en los huesos largos... ahí es donde se reproducen las células sanguíneas, cuando a ti te dan quimioterapia para curar un cáncer la idea es que mate las células malas pero con frecuencia mata las buenas... lo que asumo es que el paciente estaba con una anemia importante

¿este paciente presentaba cáncer de sangre, este tipo de linfoma puede ser desarrollado por una sospecha de neumonía nosocomial? No, desde mi conocimiento... en el caso de los linfomas hay linfomas que tienen una clara asociación... pero a este paciente le sospecharon que el tumor estaba relacionado con el estómago...

*¿en mayo y junio de 2017 en Medellín al paciente se le suspendió antibioterapia se realizaron hemocultivos, dengue, VIH, raspados, y todos salieron negativos, es posible afirmar que el paciente tenía un proceso infeccioso activo, con estos resultados negativos? El paciente tenía una fiebre de origen desconocido y estaban buscando un probable foco infeccioso... **pero más adelante se confirma que la fiebre que tenía de carácter tumoral de un cáncer***

Así mismo, el Dr. JUAN GUILLERMO GAMBOA ARROYAVE, médico especialista en medicina interna del HOSPITAL SAN VICENTE FUNDACIÓN de Medellín, indicó:

Lo atendí en el hospital universitario san Vicente fundación en mayo de 2017, el inicio remitido a cirugía de tórax y valoración de medicina interna por motivo de síndrome febril

¿pormenores de la atención? El llego después de la atención en san Andrés por la herida de proyectil de arma de fuego, inicialmente la fiebre se había pensado que tuviese un origen en lo derivado de la atención quirúrgica y el trauma q había presentado sin embargo se realizaron múltiples estudios donde no se logró demostrar la causa de la fiebre, tenía un compromiso pulmonar difuso no relacionado con las intervenciones previamente realizadas y un compromiso cutáneo que tampoco parecía tener origen en dicho trauma se tomar las biopsias y se tomaron los estudios avanzados para un paciente con fiebre d origen desconocido... múltiples tomografías, estudios de laboratorio, cultivos... y evidentemente todos los estudios no lograron demostrar la causa, el paciente todo el tiempo en la hospitalización estuvo muy estable, no tuvo deterioro, ni tenía la apariencia de un paciente con infección endógena... cuando finalmente se encontró la causa de la fiebre los residentes me escribieron y me contaron el desenlace del paciente

*¿ese linfoma tiene alguna relación con la atención medica dispensada en la clínica de san Andrés por el arma de fuego, dos por el posoperatorio de san Andrés o por una transfusión sanguínea? Establecer un nexo causal entre una herida de arma de fuego un procedimiento quirúrgico y un linfoma desde la literatura científica no tengo conocimiento, hay condiciones estresantes en la vida, un trauma, una decepción amorosa, un duelo... q sabemos que en el tiempo pueden disponer el desarrollo del cáncer... pero si consideramos que la fiebre era la manifestación del linfoma y esto se presentó menos de un mes de la intervención yo diría que es improbable... en medicina nada es contundente pero es improbable que haya una relación entre el linfoma y la herida y la intervención quirúrgica, luego habla de una trasfusión y digamos que es algo complejo porque en principio parece haber una relación entre le linfoma y una infección por un virus que se llama virus del Epstein bar, que es un virus que el 80 90% de la población se expone... la juventud, hay una enfermedad que se llama enfermedad del beso, que se conoce como nocosis infecciosa mucha de estas infecciones son asintomáticas, y en general la asociación del linfoma con la infección por el virus se da en infecciones crónicas... **los cambios que se tienen que generar a nivel celular para que ocurran las mutaciones digamos que ocurre en mucho tiempo, si bien hay reportes raros en que una persona pudiese contraer la infección del virus a través de una transfusión esto con las técnicas actuales de banco de sangre es supremamente raro pero más improbable sería que una transfusión que fue en el mes de abril llevara a que menos de un mes se presentara un linfoma***

*¿se indica en la hc y en la demanda que el paciente fue hospitalizada, tratado con anticoterapia y a un regreso fue transfundido pero nates de transfusión presento los picos febriles que estaban en estudio por eso le quería preguntar...? **es totalmente improbable por el tiempo que haya alguna relacione entre le desarrollo del linfoma y la transfusión porque el virus de stem bar puede predisponer a este tipo de neoplasias pero no ocurre en tan pocos días***

¿podría indicarnos porque fue necesario hacer tantos exámenes y durante tanto tiempo para llegar a ese diagnóstico de linfoma? Los linfomas son múltiples hay muchos tipos de linfomas se clasifican en dos grupos grandes que son los linfomas hodgkin y no hodgkin al que pertenece el linfoma que fue diagnosticado al paciente... y se requiere una biopsia para confirmarlo y digamos que cuando la historia es la típica de un ganglio en cualquier ubicación el diagnostico no se tarda tanto, pero con

*el paciente no estaban las manifestaciones típicas no tenía ganglios que fueran sugestivas de linfoma y lo que predominó fueron unas lesiones en piel que incluso tenían un comportamiento variable aparecían y desaparecían y el estudio de biopsia del paciente fue difícil requirió múltiples... y solo en el tiempo que fueron agregándose manifestaciones se pudo concluir que el paciente tenía este tipo de linfoma que entre otras cosas no es el linfoma más frecuente... **en conclusión no tenía las manifestaciones típicas porque las biopsias digamos tuvieron un proceso de confirmación que fue difícil... y porque de entrada es una enfermedad rara el linfoma TNK no es de los más frecuentes***

¿se indicó que este linfoma era estadio IV y B2, ud sabe q significa eso? Todas las neoplasias se clasifican por estadios... el estadio 4 es que es un linfoma que estaba avanzado que tiene compromiso extranodal o sea esta por fuera de los ganglios la letra B significa q tiene síntomas de fiebre y pérdida de peso y el índice de proliferación...

*¿el paciente inicio quimioterapia en septiembre de 2017 y posteriormente se hizo reporte de paciente de alto riesgo de aplasia, que significa? Cuando los paciente se someten a quimioterapia,... la quimioterapia es un tratamiento que busca atacar células que tiene una reproducción anormal pero no es posible que esos medicamentos maten solo células cancerígenas sino que también afectan las células del cuerpo... como las células de la sangre tienen recambio tan frecuente por eso se ven afectadas... las quimioterapias para cáncer en la sangre son más agresivas... los pacientes tienen alto riesgo de tener un compromiso en la medula donde se producen las células entonces se bajan las defensas puede haber anemia y se bajan las plaquetas produciendo trombocitopenia que son las complicaciones... **aplasia es que la medula queda con pocas defensas que se puede requerir transfusiones de plaquetas y glóbulos rojos***

***¿de acuerdo a la hc y luego del inicio de la quimioterapia el paciente presento otras lesiones a nivel hepático porque se hizo biopsia, que reporto una filtración y hemoperitoneo de 3900 finalmente se diagnostica shock séptico que genero el fallecimiento,** podría indicarnos y el shock séptico es posible relacionarnos con noviembre de 2017 con la impresión diagnóstica de neumonía diagnóstica en san Andrés 6 meses antes? El choque que se produce por el hemoperitoneo es porque el paciente se estaba desangrando, shock se refiere a que se baja la presión... el shock séptico es una complicación de las infecciones de cualquier tipo de infección pero en orden de frecuencia lo producen las bacterias hongos... y los parásitos, **el choque séptico por una infección que lleve más de 5 meses en una neumonía es muy improbable y al paciente ya le habían hechos muchos exámenes antes de la quimioterapia** entonces si un paciente esta con una infección activa probablemente no le hubieran iniciado la quimioterapia, por eso no creo que haya relación en el choque séptico de noviembre con la presunta neumonía que se había diagnosticado en san Andrés en abril*

¿el tema de los nódulos pulmonares como se trató y que efectos tuvo en el paciente? Si, esos nódulos desaparecieron, intentamos con lavado... demostrar la causa peor no eran unos nódulos sólidos, sino los que llamamos subnódulos y cuando se considera la biopsia los nódulos ya NO estaban

¿o sea no puede decirse como causa de muerte eso? No... ese compromiso ya no estaba

Igualmente, el Dr. RICAR PALACIO GUETE, indicó:

¿el paciente ingresa en abril y muere en noviembre de acuerdo con su experiencia es posible que una infección nosocomial se extienda por tanto tiempo a pesar de los antibióticos? No, este es un caso atípico no es la respuesta que uno espera y más en una persona joven que no tiene ninguna situación previa que uno considere en un estado como desnutrición o enfermedad previa... la expectativa que uno tiene de un paciente joven es que tenga una recuperación rápida...

Finalmente, la Dra. GISELLA SARMIENTO ROMERO, en audiencia de pruebas explicó:

¿infórmenos que significa una fiebre tumoral? Fiebre causada por alguna entidad oncológica

¿Qué significa? Que le paciente estaba haciendo lisis tumoral está haciendo deterioro de su estado y por eso se manifiesta con fiebre hay disminución de su recuento celular por eso el cuerpo se defiende y produce la fiebre

¿sabe que diagnostico se hizo luego en el san Vicente cuando fue remitido? Si... el cual meses después persiste con la fiebre y hacen diagnóstico de linfoma de células t...

¿eso en que consiste? Yo no soy oncóloga ni hematológica pero es un tipo de patología oncólogo con gran mortalidad, es un tipo de cáncer

¿esta patología porque puede darse? Como te digo no soy oncóloga, hay algún tipo hay una lisis tumoral, hay una alteración de los linfocitos

¿Qué relación hay entre la atención que se le brindo en la ips y ese diagnostico de linfoma de células t que usted nos refiere? Ninguna relación doctora, el paciente tuvo un trauma y es un evento totalmente aislado de su patología oncológica de hecho el trauma como tal, de su patología, el paciente evolución satisfactoriamente, eso no tiene nada que ver con la patología oncológica

¿esta patología oncológica tiene alguna relación con alguna infección q pudo haber tenido en la ips? Ninguna relación... la patología oncológica no tuvo nada que ver con su trauma...

¿ud nos refiere q no tiene relación con el trauma pero tiene relación con alguna otra atención de san Andrés? No de hecho en san Andrés la paciente se le hizo todo lo que había que hacerle en la unidad se decide remitir cuando no tenemos esa especialidad tratante, pero de su trauma no tuvo complicación

Reiteramos en cualquier proceso de responsabilidad administrativa, el juez debe tener certeza del nexo causal entre el hecho y el daño y al no existir certeza en éste proceso sobre el NEXO CAUSAL, el cual como se advirtió es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad administrativa, claramente las pretensiones de la demanda, se deberán negar.

6. SOBRE EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A FEDSALUD

En el hipotético caso que el despacho considere que existe alguna responsabilidad por parte de la IPS UNIVERSITARIA y deba analizar los llamamientos en garantía formulados, deberá tener en cuenta que dentro del proceso quedó acreditado con suficiencia que los médicos generales, las enfermaras y el servicio de cirugía general, que brindaron atención al paciente en las instalaciones de la IPS UNIVERSITARIA

estaban a cargo del FEDSALUD, en virtud del contrato suscrito con la IPS UNIVERSITARIA.

Es decir, en el proceso se acredita, que el servicio de los médicos generales, las enfermaras y el servicio de cirugía general estaban bajo la delegación y coordinación de FEDSALUD según contrato sindical reconocido con la contestación de la demanda.

Es por ello señor juez, que en el caso que se determine que existió alguna falla en el servicio imputable a título de acción u omisión de alguno de los médicos vinculados al sindicato, deberá FEDSALUD responder ante la IPS UNIVERSITARIA en calidad de llamada en garantía por dichas sumas de dinero.

Lo anterior, por cuanto dentro del proceso quedó acreditado lo siguiente:

- La existencia del contrato entre IPS UNIVERSITARIA, en calidad de contratante y FEDSALUD en calidad de CONTRATISTA, por cuanto el mismo obra dentro del expediente digital y no fue objeto de tacha o desconocimiento por la llamada en garantía.
- La obligación de responsabilidad que FEDSALUD asumió, en virtud del contrato, de situaciones derivadas de la prestación el servicio de salud.

Lo anterior, por cuanto de forma expresa dentro del contrato sindical tanto este se obligó a cumplir el objeto del contrato (prestación de servicios de salud) con criterios de calidad, oportunidad y eficacia, en relación con su autonomía técnica, administrativa y científica para la ejecución de los contratos.

Quiere decir lo anterior, que FEDSALUD tiene la posición de garante frente a la IPS UNIVERSITARIA que los servicios de salud contratados con cada uno de ellos se prestaran conforme a los protocolos médicos.

- En la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía FEDSALUD CONFESÓ que fue la encargada de la prestación del servicio por intermedio de los médicos generales, las enfermaras y el servicio de cirugía general
- Es claro que con ocasión del contrato sindical suscrito por IPS UNIVERSITARIA con FEDSALUD, sus médicos delegados eran los encargados de prestar el servicio de forma oportuna y diligente, teniendo en cuenta que la obligación principal del contrato era prestar el servicio con calidad y eficiencia.
- En consecuencia, si se llegara a condenar a la IPS UNIVERSITARIA por la omisión o retardo en el proceso de atención, es claro que son los médicos que participaron en el proceso de atención a través de los SINDICATOS de FEDSALUD son los llamados a responder ante la IPS UNIVERSITARIA por dicha “omisión” constituida como incumplimiento contractual.

Si se lee con detenimiento el escrito de llamamiento en garantía, concretamente en el hecho 9 del este, se lee con claridad que desde la formulación del llamamiento se indicó con claridad que tanto el servicio de MEDICINA GENERAL las enfermaras y el servicio de cirugía general que se le brindaron atención al paciente, fue dispensado

y coordinado por FEDSALUD en ejecución del contrato sindical que lo vincula a este proceso.

Es decir, desde el inicio de la vinculación procesal, se acreditó por parte de la IPS UNIVERSITARIA, que el servicio de medicina general y ortopedia, con ocasión del contrato que reposa en el expediente y que no fue tachado en su oportunidad procesal pertinente, por lo que se convierte en plena prueba, en relación con su objeto y alcance, estaba a cargo de FEDSALUD.

Ello sumado a que conforme lo establece el artículo 2347 FEDSALUD es responsable de las personas a su cargo, por lo que el actuar de las médicas comprometen su propia responsabilidad.

*Artículo 2347. **Responsabilidad por el hecho propio** y de las personas a cargo. Toda persona es responsable, no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño sino del **hecho** de aquellos que estuvieren a su cuidado.*

Conforme lo anterior y a la luz de lo establecido en el artículo 225 CPACA, la IPS UNIVERSITARIA tiene el derecho contractual de exigir a FEDSALUD la reparación integral del perjuicio por el cual resulte condenada, pues reiteramos era la encargada de la prestación del servicio de salud, dispensados al paciente.

En consecuencia, en el caso que la condena a la IPS UNIVERSITARIA sea confirmada, deberá igualmente confirmarse la prosperidad del llamamiento en garantía formulado a FEDSALUD, precisando que en su calidad de garante de la calidad y oportunidad en la atención del servicio de salud, deberá reembolsarle a IPS UNIVERSITARIA la totalidad de los montos a cargo de mi representada.

Y por tanto al estar acreditada la relación legal y contractual entre FEDSALUD y la IPS UNIVERSITARIA derivada del contrato sindical, en el cual se configuró la posición de GARANTE en cabeza de FEDSALUD en relación con una garantía contractual de adecuada prestación del servicio médico, deberá FEDSALUD en caso de existir una condena a mi representada, con fundamento en lo preceptuado en el artículo 225 del CPACA, pagar directamente a los demandantes el monto total de la condena impuesta a la IPS UNIVERSITARIA o en su defecto ordenarse a FEDSALUD, el reembolso total de los dineros que IPS UNIVERSITARIA tenga que pagar con ocasión de un fallo condenatorio, sin que exista lugar alguno a la solidaridad.

Lo anterior, por cuanto el llamamiento en garantía que formula la IPS UNIVERSITARIA se da para exigir a FEDSALUD la **reparación integral** del perjuicio que llegare a sufrir la IPS UNIVERSITARIA por las acciones de sus delegados, es por ello que una eventual condena de ninguna forma puede dar lugar a una solidaridad, si no por el contrario debe generar una orden de pago directo de FEDSALUD en favor de los demandantes tal y como se indicó en las pretensiones del llamamiento en garantía.

7. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO A SALUD INTERGLOBAL

Así mismo, dentro del proceso se acreditó que los médicos que participaron en la atención del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, estaban bajo la delegación y coordinación de la entidad SALUD INTERGLOBAL, por lo cual son ellos

los que deberán responder ante una eventual declaración de falla en el servicio en relación con el proceso de atención que tenían a su cargo.

Al respecto, el contrato celebrado entre SALUD INTERGLOBAL IPS S.A.S. y la IPS UNIVERSITARIA para la sede San Andrés indica:

“OBJETO: La prestación de servicios para la atención integral del proceso asistencial en unidad de cuidados intensivos e intermedios para la atención médico – asistencial de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonato, pediátrica y adulto en la IPS UNIVERSITARIA sede SAN ANDRÉS ISLAS”.

8. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EN CONTRA DE LOS MÉDICOS JHON JAIRO LUNA, GISELLA SARMIENTO ROMERO y ORIOL ADONIS RAMOS

Finalmente, en el caso que se considere que hubo fallas en la prestación del servicio médico de dispensado de forma directa por los doctores JHON JAIRO LUNA, GISELLA SARMIENTO ROMERO y ORIOL ADONIS RAMOS, deberá el despacho así mismo declarar la responsabilidad individual de los médicos llamados en garantía, no solo en aplicación a las estipulación contractuales del contrato que suscribieron con IPS UNIVERSITARIA en el cual asumen la responsabilidad de sus actos, sino también con ocasión al mismo artículo 2357, esto es responsabilidad por el hecho propio.

Al respecto el citado artículo indica:

Artículo 2347. Responsabilidad por el hecho propio y de las personas a cargo. Toda persona es responsable, no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño sino del hecho de aquellos que estuvieren a su cuidado.

En consecuencia, es claro que si en sede de segunda instancia se llega a concluir que se presentaron fallas en el proceso de atención del paciente que llevaron a su fallecimiento, deberá el despacho, con fundamento en la responsabilidad por el hecho propio y el cumplimiento de las obligaciones contractuales declarar la responsabilidad de los médicos llamados en garantía.

9. FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR LA IPS UNIVERSITARIA A SEGUROS DEL ESTADO.

Finalmente, en relación con el llamamiento en garantía que realiza mi poderdante a SEGUROS DEL ESTADO, deberá tener en cuenta que la póliza objeto del llamamiento tiene plena cobertura, para los hechos que acá se discuten en este proceso.

Tenemos que la póliza objeto del llamamiento en garantía es la 65-03-101023398, base OCURRENCIA, se encontraba vigente para la fecha de los hechos.

Para el caso concreto, dicha póliza tiene cobertura por retroactividad para la fecha de los hechos, esto es diciembre ABRIL DE 2017, por lo que en el caso remoto que la IPS UNIVERSITARIA sea condenada en este proceso, es dicha aseguradora que en virtud de la acción reversica, deberá cancelar las sumas a cargo de la IPS UNIVERSITARIA.

Debe tener en cuenta el despacho que en el evento que el llamamiento prospera, SEGUROS DEL ESTADO debe responder por el 100% de la indemnización, sin que exista solidaridad con la IPS UNIVERSITARIA.

10. PETICIÓN FINAL.

Por todo lo anterior solicitamos respetuosamente se desestimen la totalidad de las pretensiones vertidas en el libelo de la demanda y se condene en costas a la parte demandante.

Adicionalmente, en el evento que se considere que existe responsabilidad de mi representada, solicitamos se acceda a las pretensiones de los llamamientos en garantía realizado, destacando que no debe existir solidaridad, entre el llamante y el llamado.

Con el acostumbrado respeto.

Señor Juez,

JUAN RICARDO PRIETO PELÁEZ

T.P 102.021 del Consejo Superior de la Judicatura

C.C. 71.787.721 de Medellín.

lfh