



REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO

JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE TUNJA

Tunja, 05 de junio de 2020.

Radicación número: 15001333300620150007300
Demandantes: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandadas: MUNICIPIO DE TUNJA, ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, SALUDCOOP E.P.S. y CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ

Referencia: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

Corresponde al Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja resolver en primera instancia el litigio planteado por la parte actora en contra del MUNICIPIO DE TUNJA, de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, de SALUDCOOP E.P.S. y de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ.

I. SÍNTESIS DEL CASO

Los demandantes solicitan la declaración de responsabilidad administrativa de entidades públicas y privadas, entre ellas centros de salud, por la muerte de una menor como consecuencia de una falla orgánica multisistémica, señalan que fallas en la prestación del servicio de salud evidenciados en error de diagnóstico y tratamiento a una anomalía congénita que se identificó en la etapa de gestación y al haberla dado de alta después de un cuadro clínico complejo sin tener en cuenta sus padecimientos.

II. ANTECEDENTES

2.1. Lo que se demanda

En escrito recibido por el *a quo* (fl.3 y siguientes C.1.), los señores FERNANDO ALONSO NONSOQUE, LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL, JOSE PASTOR NONSOQUE y la menor DIANA DEL PILAR ALONSO SUAREZ, representada esta última por sus padres, mediante apoderado debidamente constituido (fl.1 y 2 C.1.), interpusieron acción contencioso administrativa utilizando como medio de control el de **Reparación Directa** en contra del MUNICIPIO DE TUNJA, de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, de SALUDCOOP E.P.S. y de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ, con el objeto de que se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

1. Que el MUNICIPIO DE TUNJA, representado por su alcalde o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, representado por su Gerente o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, SALUDCOOP EPS, representada por su Presidente, o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda y la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACA, representada por su Gerente o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, son responsables de la totalidad de los daños y perjuicios

ocasionados a mis poderdantes como consecuencia de la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, ocurrida el 17 de enero de 2013.

2. Que, EL MUNICIPIO DE TUNJA, representado por el alcalde o quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, representado por su Gerente o quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda, SALUDCOOP EPS, representada por su Presidente, o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda y LA CORPORACION I.P.S. SALUDCOOP BOYACÁ, representada por su Gerente o quien haga sus veces al momento de la notificación de la demanda, deberá reconocer y pagar los daños y perjuicios así:

PERJUICIOS MORALES

a) A FERNANDO ALONSO NONSOQUE y LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, en su condición de padres de la menor fallecida CAROL NICO ALFONSO SUAREZ, por concepto de perjuicios morales, que han sufrido y que están sufriendo, pagándole a cada uno, el equivalente a un cien (100) salarios mínimos legales, a la fecha de ejecutoria del fallo.

b) A: LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL y JOSE PASTOR SUAREZ SUAREZ, en su condición de abuelos de la menor fallecida CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, los perjuicios morales, que han sufrido y que están sufriendo, pagándoles el equivalente de cien (100) salarios mínimos legales, a cada uno, a la fecha de ejecutoria del fallo.

c) A: DIANA DEL PILAR ALFONSO SUAREZ, en su condición de hermana de la menor fallecida CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, los perjuicios morales que ha sufrido y que está sufriendo, pagándoles el equivalente de cien (100) salarios mínimos legales a la fecha de ejecutoria del fallo.

DAÑOS POR BIENES CONSTITUCIONALMENTE PROTEGIDOS

a) A: FERNANDO ALONSO NONSOQUE, LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y DIANA DEL PILAR ALFONSO SUAREZ, en su condición de padres y hermana de la menor fallecida CAROL NICO ALFONSO SUAREZ, por concepto de daños por bienes constitucionalmente protegidos, que han sufrido y está sufriendo, pagándole a cada uno, el equivalente a cien (100) salarios mínimo legales, a la fecha de ejecutoria del fallo.

3. Reconocer a los demandantes un interés no inferior al seis por ciento (6%) anual, aumentados de acuerdo al incremento promedio que en el mismo período haya tenido el Índice de Precios al consumidor sobre las sumas que resulten a su favor, desde la fecha en que el fallo debe cumplirse hasta el día que el pago se haga en su totalidad.

4. Que el MUNICIPIO DE TUNJA, representado por su alcalde o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, representada por su Gerente o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, SALUDCOOP EPS, representada por su Presidente, o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda y la CORPORACIÓN I.P.S. SALUDCOOP BOYACÁ, representada por su Gerente o quien haga sus veces al momento de notificación de la demanda, den cumplimiento estricto a la sentencia, tal como lo ordena el artículo 192 y demás normas concordantes del C.P.A.C.A.

5. Condena en costas a la parte demandada.

2.2. Los hechos en los que se fundaron las pretensiones de la demanda se resumen así:

- a. Que los señores FERNANDO ALFONSO NONSOQUE y LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, contrajeron matrimonio y fruto de esa unión procrearon a DIANA DEL PILAR ALFONSO NONSOQUE SUAREZ y a CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ.
- b. Que los señores JOSE PASTOR SUAREZ SUAREZ y LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL son los abuelos maternos de CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ.
- c. La señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE se afilió al SISBEN CATEGORIA III en el mes de enero de 2012 y el cuidado prenatal lo hizo la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.
- d. Dentro de los controles prenatales, en el mes de febrero fue necesaria una ecografía pélvica transvaginal, por cuanto el feto no se veía ni se escuchaba su corazón. Fue así como el 21 de febrero de 2012 recibieron el resultado de tal ecografía con el siguiente diagnóstico: *“UTERO EN AVF de bordes regulares, densidad miometrial homogénea de características gestantes, con saco gestacional que mide 44 mm, en su interior embrión único movimiento y latido cardiaco presente de 17mm para 8,1 semanas”*.
- e. Que en la semana 30 de gestación, dentro del control prenatal, se le practicó a la señora SUAREZ NONSOQUE una ecografía obstétrica, señalan que el resultado presentó “ciertas irregularidades” dentro del desarrollo fetal. Aducen que el ginecobstetra HUMBERTO DESIDERIO BALLESTEROS SALCEDO recomendó: *“- Gestación de 30 semanas 6 días por biometría. - Huesos largos cortos. Se sugiere ecografía de detalle anatómico”*.
- f. Estando en la semana 34,2 de gestación la institución DIAGNOSTICOS E IMÁGENES le practica a la señora SUAREZ NONSOQUE ecografía obstétrica del III nivel, de la cual se obtuvieron los siguientes resultados:

“Feto en presentación podálica que demuestra medidas de huesos largos y cortos (de 29 a 30 semanas) con una diferencia de 4 semanas en relación con CC y CA(34-35 semanas) sugestivo de displasia esquelética”.
- g. Refiere que a la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, cuando se encontraba en trabajo de parto con 38,4 semanas, se le efectuó escala de valoración de riesgos de caídas intrahospitalarias en las que la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, la que recomendaba que la paciente tenía para su tratamiento de equipos de uso permanente tales como: venoclisis, oxigenoterapia, sondas, tubo a tórax, drenajes y monitoreo.
- h. Señala que estando en trabajo de parto dentro del formato del hospital denominado *“atención integrada de la embarazada y el recién nacido”* se informaba que el bebe por nacer presentaba displasia esquelética con base en ecografía obstétrica de III nivel.
- i. Que la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE dio a luz a la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ el día 22 de septiembre de 2012 a las 14:50 en la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.
- j. Que debido a la afiliación del señor FERNANDO ALFONSO NONSOQUE a la E.P.S. SALUDCOOP y su núcleo familiar en el mes de octubre, la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ empieza a recibir atención médica en las IPS adscritas a la reseñada IPS por servicio de urgencias o por consulta externa.

- k. El 22 de octubre de 2012 la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, acude al servicio de urgencias de la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ, en razón a que la bebe CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, presenta cólico abdominal, 4 deposiciones en la noche, que cada vez se hacía más blanda, y hay disminución de ingesta de alimentos, donde nuevamente la madre pone en conocimiento al médico del antecedente de displasia esquelética evidenciada en la ecografía obstétrica del III nivel.
- l. El 13 de noviembre de 2012, la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, por el servicio de urgencias en la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ, consulta porque la bebe CAROL NICOL presenta cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en irritabilidad, deposiciones líquidas sin moco, no sanguinolentas, fétidas (7 veces al día) sin emesis, niega fiebre, en ocasiones presenta rinorrea hialina, escasa, niega tos.
- m. El día 3 de diciembre de 2012 la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE lleva a la bebe a consulta pediátrica a la I.P.S. CENTRAL DE ESPECIALISTAS TUNJA, donde manifiesta que la bebé tiene moquitos, obteniendo como respuesta del médico tratante que es un resfrío y que ella se encuentra en buenas condiciones, evidencia que el crecimiento no está de acuerdo a la talla al nacer. La madre informa del antecedente de displasia esquelética refiriéndose a la ecografía obstétrica de nivel III efectuada.
- n. El 8 de diciembre la señora SUAREZ NONSOQUE lleva a la menor CAROL NICOL a la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ, quien ingresa por urgencias, señala el motivo del ingreso como:

“Paciente traída por la mamá a urgencias, porque de consulta externa remiten desde ayer para revisar resultados de laboratorio; refiere que acudió a cita de consulta externa porque hacía el mediodía de ayer presentó un pico febril, no cuantificado, la lleva a consulta externa en donde encuentra temperatura de 39 grados, examinan consideran no hay foco evidente y remiten para urgencias para toma de laboratorios y control de reportes.

La mamá refiere cuadro clínico de una semana de evolución de rinorrea y congestión nasal, la mama niega signos de dificultad respiratoria niega vómito, niega otros síntomas.

Dan ayer indicación de administrar acetaminofén, con este cede la temperatura...

Plan terapéutico: lactante con cuadro de un día de evolución de picos febriles, síntomas respiratorios desde hace una semana valoran ayoer por consulta externa y solicitan PC se observa CH con leucocitosis leve y neutrofilia no solicitaron PC, parcial de orina sin signos de IVU... se considera dado nivel de saturación realizar RX de tórax y revalorar... paciente irritable, se administra acetaminofén 2 cc vía oral se revalorará”

Señala que dentro de la hoja de evolución del 8 de diciembre de 2012 se hacen los siguientes diagnósticos:

- Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso.
- Anemia de tipo no especificado
- Bronquiolitis agudas, no especificada.

El médico pediatra Dr. OCTAVIO CASTELLANOS BOHORQUEZ le da la orden de salida bajo el diagnóstico de diarrea y gastroenteritis se presunto origen infeccioso.

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

Así mismo le envía tratamiento medicamentoso con ácido nalidixico y zinc. Nada se dice de la dificultad que presentó al respirar ni de la bronquiolitis aguda, la cual fue diagnosticada, razón por la cual no se le suministró oxigenoterapia.

- o. El 19 de diciembre de 2012 ingresa nuevamente la menor por urgencias de la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACÁ, por lo siguiente:

“Motivo de consulta tos y ahogo, paciente con cuadro exacerbado hace 24 horas de evolución de tos no productiva asociada a disnea y leve cianosis niega fiebre intolerancia vía oral normal madre adicionalmente refiere deposiciones diarreicas persistentes estuvo hospitalizada por cuadro respiratorio hace una semana se realiza saturación de 02,80% se decide traslado a observación de urgencias. Diagnóstico principal bronquiolitis aguda, no especificada”.

Hace referencia a la historia clínica día 2012/19 18:43 en donde se diagnostica: cardiomiopatía no especificada CIE 10:1429

- p. Se señala que la menor CAROL NICOL estuvo hospitalizada en la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ, desde el 19 de diciembre de 2012 hasta el 8 de enero de 2013, fecha esta última en la que se le dio salida. Trae a colación historia clínica de fecha 2012/12/19 21:11 del cual se extracta:

“Análisis: PACIENTE CON ANEMIA, QUITES DE ENTAMOEBIA HISTOLYTICAEN COPROSCOPICO DEL 08 DE DICIEMBRE DE 2012, CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, CARDIOMEGALIA CISURITIS, ALTA SOSPECHA DE CARDIOPATIA ESTRUCTURAL. SE DECIDE ESTUDIO DE ANEMIA CON FROTIS DE SANGRE PERIFERIA, SE ESPERA MUESTRA DE ORINA. COPROSCOPICO Y TOMA DE ECOCARDIOGRAMA.

(...)

Nombre de diagnóstico: Anemia de tipo no especificado CIE 10: D649

Observaciones diagnóstico:

Nombre de diagnóstico: Insuficiencia cardiaca congestiva CIE 10:1500

Observaciones Diagnóstico: Cardiomegalia CIE 10: 1517”

Cita historia clínica fecha de evolución 2012/12/20 07:57 de la que se extracta:

“(...) Dianosticos

Ubicación al momento de la evolución: SHEC 1-8

Nombre de diagnóstico: Cardiomiopatía no especificada.(...)”

Refiere historia clínica de fecha de evaluación 2013/01/05 15:08 de la cual se trae a colación lo siguiente:

“(...) Análisis: REPORTE DE PARACLINICOS ECOCARDIOGRAMA CARDIOMIOPATIA DILATADA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CON FUNCIÓN SISTOLICA EN EL LIMITE INFERIOR DE LA NORMALIDAD CIA DE MODERADO TAMAÑO, ECOCARDIOGRAFICAMENTE CORONARIAS NORMALES NO HAY SIGNOS DE HIPERTENSION PULMONAR PACIENTE ESTABLE DEBE CONTINUAR MANEJO ANTICONGESTIVO Y CONTROL ECOCARDIOGRAFICO EN UN MES CONTINUA ORDENES MEDICAS POR PEDIATRA”

- q. Expresa que el 8 de enero de 2013 le dan orden de salida a la menor CAROL NICOL, con las siguientes indicaciones: Es enviada con oxígeno domiciliario y con tratamiento medicamentoso de furosemida, espironolactona, enalapril TV seguimiento ambulatorio por pediatría y cardiología pediátrica.

- r. Señala que el 11 de enero de 2012, la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ nuevamente ingresa por urgencias de la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA, cita la historia clínica de la cual enuncia:

*“PACIENTE PEDIATRICA DE 3 MESES DE EDADA CONM APARENTE CUADRO CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION DE SUPREVERSION DE LA MIRADA POSICION RIGIDA EN EXTENSION ASTENIA E HIPOREXI ADE HOY SIN FIEBRE REFERIDA POR LA MADRE QUIEN MENCIONA QU ELOS DIAS PREVIOS SE ENCONTRBA SIN ALTERACION HOY INICIA SUBITAMENTE CUADRO CLINICO POSTERIOR A TERAPIA CON B2?? SE VALORA PACIENTE ALÑ NGRESIOA A URGENCIAS SE ADMON 02 POR HOOD CONSIGUIENDO ADECUAD SATURACION SE INTENTA ACCESO VGNOS EN PACIENTE CON MARCADA DHT PACIENTE CON TOS PERSISTENTE Y LEVE QUEJIDO ESPIRATORIO SE INICIA MANEJO INTEGRAL SE SOLICITAN LABORATORIOS Y VALORACION INMEDIATA POR PEDIATRIA.
Observaciones CARDIPATIA CONGENITA”*

- s. Dice que el 11 de enero de 2013 la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACÁ remite a la menor a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA en razón a que en la primera de las instituciones no existe unidad de cuidados intensivos.

- t. Manifiesta que la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ ingresa a la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA con el siguiente cuadro:

“Remitida de saludcoop por falla ventilatoria EA: paciente de 4 meses de edad con cuadro clínico de 16 horas de evolución consistente en hiporexia, poca succión, adinamia, astenia asociada a episodios de tos seca cianosante, por lo que la madre administró 2 puff de salbutamol, posteriormente presenta supradesviacion de la mirada y extensión de la cabeza con cianosis generalizada motivo por el cula la lleva al servicio de urgencias de la Clínica Saludcoop de donde remiten por cuadro de tos seca continua, con aumento de trabajo respiratorio y adinamia, hiporexia que según la madre la asocia con la administración del salbutamol inhalado, refieren estuvo hospitalizada hasta hace 3 días con cuadro sugestivo de miocarditis secundaria a neumonía viral vs atípica, egreso por mejoría con manejo anticongestivo indicado para cardiología pediátrica con enalapril, furosemida, espironalotona y con inhaladores salbutamol y beclometasona. Recibe IM inmunizaciones dosis del RN. Toman paraclínicos en saludcoop que reporta gases arteriales con academia metabólica severa ph: 6,97, HC03: 6,7, po2: 26.3, FI02:100% PC02:16:16,4. RX de tórax con cardiomegalia moderada índice cardiotorácico de 0, 63. al ingreso a urgencias de saludcoop administran oxígeno por Hood consiguiendo adecuada saturación le intentan acceso venoso pero encuentran marcada deshidratación. Paciente es valorado nuevalmente encuentran inminencia de falla ventricular deciden realizar intubación orotraqueal y remiten por necesidad de UCI pediátrica”.

“Antecedentes perinatales: durante el embarazo le realizaron una ecografía la cual según la madre encontraron acortamiento de los huesos de las extremidades enanismo????...”

- u. El 12 de enero de 2013 le fue practicado a la menor procedimiento denominado DIALISIS PERITONEAL y continuó tratamiento en la UCI de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, señala que los médicos manifestaban que existía alto riesgo de muerte debido a su delicado cuadro clínico.

- v. El 17 de enero de 2013 la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ fallece en la Unidad de Cuidados Intensivos de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

III. TRÁMITE PROCESAL

- III.1. Surtida la etapa de notificación del auto admisorio (fl.319 a 321 C.2) de la demanda, las entidades demandadas presentaron **escrito de contestación**, así:

- III.1.1. La entidad SALUDCOOP E.P.S. OC EN LIQUIDACIÓN, a través de apoderada judicial se opuso a las pretensiones de la demanda (fls.341 a 356 C.2) señalando que no fue SALUDCOOP E.P.S. la que prestó de manera directa y material los servicios médicos, hospitalarios y asistenciales requeridos por la paciente, teniendo en cuenta que dicha prestación se realizó a través de profesionales de la salud seleccionados y contratados por la Institución Prestadora de Salud- en adelante IPS, incluida en la red de prestadores conformada por la E.P.S. Que los actos desplegados por la E.P.S. se circunscribieron a garantizar a la usuaria el acceso efectivo y oportuno a los servicios contenidos en el plan de beneficios y en el plan obligatorio de salud (POS), por lo que endilgarle una causa suficiente y determinante en la producción del daño que por este medio se reclama, no se compadece con las obligaciones legales propias de SALUDCOOP E.P.S. OC, las cuales redundaron en garantizar a la afiliada un acceso adecuado y oportuno a la prestación del servicio.

Propuso como excepciones las de: a) Cumplimiento de las obligaciones por parte de SALUDCOOP E.P.S. para con su afiliado; b) Inexistencia de solidaridad entre EPS e IPS; c) no intervención de Saludcoop EPS OC en Liquidación en el hecho que produjo el daño; d) Inexistencia de nexo causal; e) Excesiva tasación de perjuicios; f) Excepción genérica.

- III.1.2. El Municipio de Tunja a través de apoderado judicial contestó la demanda (fls.359 a 363 C.2) oponiéndose a las pretensiones de la demanda, como razones de la defensa esbozó que el municipio no tiene responsabilidad en el caso. Hizo referencia a las competencias en materia de salud y en especial de las que corresponden a los municipios. Propuso como excepciones las de : a) Inexistencia de daño antijurídico imputable al Municipio de Tunja a título de falla del servicio; b) Cobro de lo no debido; y c) falta de legitimación en la causa por pasiva.

- III.1.3. La ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, a través de apoderada judicial (fls.396 a 410 C.2), dio respuesta a la demanda impetrada señalando que se oponía a las pretensiones propuestas por la parte actora proponiendo como excepciones las de: a) Inexistencia de la falla del servicio: Fundamentó dicha excepción reseñando apartes del contenido de la historia clínica de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, en la ESE SAN RAFAEL DE TUNJA. Al hacer alusión al *“análisis de atributos de calidad”* refirió que revisada la historia clínica se encuentra que durante la atención a la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y su hija CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, se garantizó el acceso a los servicios médicos de consulta especializada de obstetricia, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas requeridos por la paciente y habilitados por la institución. Señala que se garantizó el acceso a los servicios de urgencias, atención especializada de pediatría, unidad de cuidados intensivos, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas y rehabilitación integral, para la atención de la menor. Dice, en relación con la afirmación de los reclamantes de omisión e incumplimiento de obligaciones de la institución, que el estudio de cardiopatías

congénitas depende de la severidad y la sintomatología de las mismas y que en particular la displasia esquelética mencionada en la ecografía obstétrica no tiene una asociación significativa con la presencia de las mismas, por tal razón no había indicación de realización de estudios ecocardiográficos al nacer, ya que la menor no presentó datos clínicos de presencia de cardiopatía severa o sintomática.

Se menciona también que la literatura médica sugiere que el estudio de las cardiopatías se debe realizar teniendo en cuenta la siguiente clasificación:

Cardiopatías leves
Cardiopatías asintomáticas, pero no leves
Cardiopatías sintomáticas
Arritmias

En todos los casos el estudio es ambulatorio y dependiente de la estabilidad clínica del paciente, en los casos más severos como en la tetralogía de *fallot no cianozante* la patología inicia su estudio cuando uno de los defectos vasculares prima, haciéndose sintomática.

Señala que se debe entender que las displasias esqueléticas son un complejo grupo de trastornos heterogéneos caracterizados por una alteración en la organización y desarrollo del tejido óseo y cartilaginoso, lo cual ocasiona distorsión en su patrón de crecimiento y desarrollo, con afectación de epífisis, metáfisis o diáfisis. Señala que existen más de 300 tipos, todas con una base genética. Diversos genes son los responsables de las displasias esqueléticas, que se han encontrado en aproximadamente 150 enfermedades y el estudio de cada displasia se debe realizar una vez que aparezcan las manifestaciones clínicas de la enfermedad, así pues suponer que se debieron realizar estudios específicos a la menor al momento de su nacimiento es impreciso e ilógico, más aún cuando se sabe que este tipo de patología tiene una rara asociación con cardiopatías y en caso que se presenten, se suceden mayormente por la restricción que ocasiona a los órganos torácicos por las alteraciones del crecimiento de los huesos que conforman la reja costal y la cavidad del tórax.

Dice que por lo anterior no se considera que se haya restringido el acceso a los estudios de diagnóstico en la institución.

En materia de oportunidad refiere, que los registros de la historia clínica permiten evidenciar que la atención de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y su hija CAROL NICO ALFONSO SUAREZ se prestó enmarcada dentro de los estándares de oportunidad definidos en el modelo de prestación de servicios de salud institucional.

La supervisión del parto, se realizó ajustada a las guías de práctica institucional y nacional. La atención de la menor evidencia registros continuos que permiten evidencia que no se presentaron demoras durante el proceso de atención.

Respecto a la seguridad señala que se encuentran registros de escala de caídas, consentimientos informados, registros de información a la familia sobre condiciones de la paciente, pronóstico y severidad de la enfermedad. Adicionalmente se encuentran documentadas las guías de práctica clínica para manejo de sepsis en paciente pediátrico, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, paso de catéter venoso central y vías arteriales, que permiten asegurar que la atención se enmarcó dentro de los estándares de seguridad.

Al hablar de pertinencia, acotó que la atención obstétrica de la señora LUZ ANGEL SUAREZ NONSOQUE se ajustó a la guía institucional de atención de parto. La adaptación neonatal fue realizada por especialista en pediatría y la decisión de alojamiento conjunto se ajusta a las guías nacionales y la literatura mundial.

Manifiesta que la evolución de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ en el posparto inmediato fue adecuada y su condición clínica satisfactoria razón por la cual la indicación de dar de alta se considera pertinente.

Sobre la conveniencia o no de profundizar en estudios paraclínicos al momento de nacer, menciona que la displasia esquelética no es una condición usual y que su estudio se realiza en forma ambulatoria de acuerdo a la sintomatología presentada o hallazgos clínicos de la paciente y en el caso la menor al momento de nacer se presentó asintomática y su examen físico solo mostró un discreto acortamiento femoral, por tanto no había indicación de profundizar en estudio de imágenes o pruebas bioquímicas.

De haberse presentado una cardiopatía congénita, de igual manera, el estudio y manejo se realiza en forma ambulatoria y por especialistas en la rama, estudio que se debió proveer por la E.P.S. aseguradora de la menor.

Que, revisados los registros de la historia clínica de la menor, se encuentra que previa a la hospitalización en la E.S.E. Hospital San Rafael presentó miocarditis viral, patología aguda de tipo infeccioso que no tiene relación con los antecedentes de displasia esquelética o cardiopatía congénita y que por sí misma condiciona un deterioro anatómico y funcional del corazón que puede llegar a ser fulminante o dejar secuelas funcionales severas.

Que a pesar de no disponer de la historia clínica de la I.P.S. Clínica Saludcoop, en donde se realizó la atención previa, se extrae de los registros médicos que la menor fue manejada por el servicio de cardiología pediátrica y que se descartó la presencia de cardiopatía con alteración estructural severa.

Propuso adicionalmente la defensa de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA como excepciones las de b) INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL sustentada en que la actuación de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA correspondió a las guías y protocolos médicos apoyados en la doctrina que versa sobre la materia y que se ajustan a la prestación del servicio de salud en los términos de los principios rectores de la Constitución y la Ley 100 de 1993. Aclaró que la conducta desplegada por cada uno de los galenos y demás personal que atendió a la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y a su hija CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, fue adecuada y no está demostrado que en tal conducta se haya presentado algún hecho generador de la misma, tales como la impericia, la negligencia e imprudencia.

Planteó también como mecanismos exceptivos la c) inexistencia de causal legal, d) la falta de legitimación en la causa por pasiva y, e) la genérica innominada.

- III.1.4. Mediante auto del 28 de febrero de 2017, el Despacho vinculó al proceso al Departamento de Boyacá, proveído que fue notificado en la debida forma. Por tal vinculación el apoderado judicial del Departamento de Boyacá contestó la demanda oponiéndose a todas las pretensiones del libelo introductorio y fundamentó su defensa en que, de los hechos narrados por la demandante se desprende que se trató de una atención en salud brindada por la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACÁ y la E.S.E. HOSPITAL SAN

RAFAEL DE TUNJA, a la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, esta última antes y después de su nacimiento, realizada de conformidad con el nivel de complejidad de la institución hospitalaria y teniendo en cuenta los servicios inscritos por parte de esta ante la Secretaría de Salud de Boyacá. Se concluye que los servicios fueron prestados teniendo en cuenta la condición en salud de la paciente y bajo los protocolos propios del ente hospitalario, no existe prueba alguna de negación del servicio por parte de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, institución que realizó los procedimientos y atenciones necesarias con profesionales idóneos, lo que se demuestra y corrobora con la historia clínica aportada como prueba por el demandante. Dice que de los soportes probatorios aportados y que se alleguen al proceso se demostrará que la atención fue realizada de conformidad con la capacidad de resolución del Hospital, prestada por especialistas y de conformidad con la patología sufrida por el paciente, por lo que no existen los elementos que determinen la responsabilidad de la institución hospitalaria, no existiendo prueba legalmente aportada que determine o demuestre que la causa de la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ tenga relación directa con fallas o falta en la prestación de servicios de salud por parte del Hospital, que por el contrario tal como se expresa y se demuestra dentro del expediente con la copia de la historia clínica, se prestó desde el momento en que la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE acudió hasta el momento del fallecimiento de la menor. Aclara, que si bien es cierto que la ley le otorga la competencia al Departamento de Boyacá de ejercer la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud y tanto el señor Gobernador como el Secretario de Salud de Boyacá son miembros de la junta directiva de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, tales actuaciones o competencias no generan vínculo de responsabilidad para la entidad, ya que como se expresó es la E.S.E. la que debe responder por sus actuaciones u omisiones, lo cual de aceptarse así llevaría a la conclusión que el Departamento de Boyacá como ente territorial en cumplimiento de sus funciones responderá por todas las fallas en la prestación del servicio de salud cometidas por los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados que en la actualidad sobrepasan los 1200, conclusión que desde todo punto de vista es ilógica. Dice que la entidad territorial no tuvo participación en la ejecución del hecho dañoso, por consiguiente, se genera falta de legitimación en la causa por activa. En la respuesta aludida, el apoderado del Departamento también propone como excepciones las de falta de legitimación en la causa por pasiva y caducidad de la acción.

III.1.5. La E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA mediante escrito independiente propuso al Despacho dentro del proceso en estudio, llamamiento en garantía a la COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A., petición que sustentó en que dicha entidad adquirió las pólizas de responsabilidad civil números 1003256, 1003257, 1003842, 1003844, 1004101, 1004102, 1004101, 1005447, con la llamada en garantía, y que existe demanda en contra de la entidad por hechos ocurridos entre el mes de enero de 2012 hasta el mes de septiembre del mismo año y hasta el 22 de septiembre de 2012 fecha en que nace la menor. La compañía en mención a través de apoderado judicial contestó la demanda oponiéndose a todas las pretensiones del libelo demandatorio y proponiendo las excepciones de falta de legitimación por pasiva e inexistencia de falla del servicio por parte del Hospital San Rafael de Tunja. En el memorial aludido el reseñado apoderado contestó también el llamamiento en garantía proponiendo como excepciones frente a su vinculación las de inexistencia de obligación por parte de la Previsora S.A.; sujeción a las condiciones contractuales vigentes al momento de los hechos, contenidas en la pólizas señaladas en el escrito de llamamiento; imposibilidad de hacer efectivo el seguro ante la ausencia de responsabilidad de la entidad demandada E.S.E. SAN RAFAEL DE TUNJA;

deducible y sublímite pactados en la póliza 10003842 con vigencia 08/12/2012 a 10/04/52013 (sic); y la genérica o ecuménica.

- III.2. El día 5 de abril de 2018 se llevó a cabo audiencia inicial de que trata el artículo 180 del C.P.A.C.A., en la que entre otros asuntos se resolvieron excepciones previas como la planteadas por los apoderados del MUNICIPIO DE TUNJA, E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, DEPARTAMENTO DE BOYACÁ y COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA, se fijó el litigio y se ordenó la práctica de medios probatorios solicitados por las partes, entre ellos dictamen pericial (solicitado por SALUDCOOP), testimonios y documentales aportadas y solicitadas por las partes y otras ordenadas de oficio. (fls. 801 a 809 C.5)
- III.3. El día 30 de abril de 2018 se efectuó la diligencia de práctica de pruebas a la que alude el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011, en la que rindió testimonio el médico NICOLAS ROMERO, medio probatorio solicitado por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. La audiencia fue suspendida con el fin de que se alleguen las historias clínicas a medicina legal, se practique el dictamen pericial solicitado y se reciba el testimonio del doctor CARLOS MANUEL MUJICA. (fls. 839 a 842 C.5) La audiencia de pruebas fue reanudada el 25 de febrero de 2019, sin que en tal diligencia se recaude el material probatorio pendiente por practicar (fls 660 a 661 C.5), por lo que el 19 de marzo de 2019 se continuó con la audiencia aludida, en ella se recibió el testimonio del médico pediatra intensivista doctor CARLOS MANUEL MUJICA WALTEROS. En relación con la prueba pericial que había sido decretada en audiencia inicial, dada la dificultad para su práctica, decidió SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACIÓN desistir de la misma, manifestación que fue aceptada por el Despacho.(fls. 675 a 671 C.5)
- III.4. Vencido el término probatorio y dentro del plazo para presentar **alegatos de conclusión** las partes intervinieron, así:
- III.4.1. La parte demandante en esta oportunidad (fls.712 a 744 C.5), se refirió a los presupuestos de la responsabilidad por la prestación del servicio médico, luego de lo cual aterrizó los conceptos al caso concreto, es así que frente al hecho causante del daño señaló que conforme quedó expuesto en el acápite de hechos, y de acuerdo al estudio en conjunto de los medios de prueba allegados con la demanda y las practicadas durante el trámite procesal se determina lo siguiente: Imputación a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y la CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ. Rememora los que a su juicio son los *“aspectos de atención médica brindada a la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE”*, detallando aquel recuento fáctico efectuado en la demanda. Expresa que frente a la realidad que se deja expuesta, se impone concluir que: los médicos del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y LA CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACÁ actuaron de manera negligente, imperita y con violación de los reglamentos, lo cual constituye falta médica que originó el daño que se demanda. Cataloga como negligencia médica el actuar de los médicos señalando que pese a que padecía un diagnóstico complicado le dieron salida, sin brindarle un tratamiento adecuado y oportuno, por lo que la situación de la menor se agravó, sufriendo grandes complicaciones de tipos cardíacos y respiratorios que le produjeron la muerte. En relación con los médicos del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA señaló, que pese a que fue diagnosticada con displasia esquelética, inclusive antes de nacer, con el examen físico en el momento del nacimiento se descartó, sin embargo lo procedente era desplegar acto médico tendiente a determinar este antecedente, y aunque la madre lo manifestó en diferentes oportunidades nada dijo sobre el llamado FALSO POSITIVO en el diagnóstico, tal como lo denominó el profesional médico en su testimonio

técnico, señala que tampoco ordenaron la realización de exámenes o controles a la recién nacida, para establecer el diagnóstico en etapa prenatal. Aduce impericia médica al reseñar que los médicos de la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA, actuaron de manera negligente, toda vez, que pese a que su diagnóstico de NEUMONIA ATIPICA, MIOCARDITIS AGUDA, dieron de alta a la bebé, sin brindarle un tratamiento adecuado y oportuno, pese a que los exámenes de laboratorio arrojaron presencia de bacteria, por lo que la situación de la menor se agravó, sufriendo grandes complicaciones de tipos cardíaco y respiratorios que le produjeron la muerte. Refiere que existió violación de los reglamentos dado que a su juicio los médicos transgredieron preceptos legales consagrados en el código de ética médica y su decreto reglamentario 3380 de 1981, cita como vulnerados sus artículos 1º, 7º, 9º, 10 y 15. Entiende también transgredida la Resolución No. 13437 del 1º de noviembre de 1991. Señala además que la culpa susceptible de comprometer la responsabilidad de los médicos, deviene de fallas en los deberes de información y en la etapa previa al acto médico; por falla en el diagnóstico y en la terapia; y falta en la etapa posterior de la actuación médica. En lo concerniente al daño antijurídico se refiere a la pérdida de oportunidad que tenía la menor CAROL NICOL de recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado a su sintomatología, dado que habían transcurrido 20 días sin que se le realizara electrocardiograma y exámenes necesarios, y al no contar con UCI neonatal se dio su traslado al centro hospitalario E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL, cuando presentaba falla orgánica multisistémica en sus pulmones, riñón, corazón e hígado, cuyo tratamiento consistió en la realización de diálisis peritoneal y continuó tratamiento en la UCI de la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA hasta su muerte. Aclara que el daño en el presente caso lo constituye la pérdida de oportunidad del demandante, al no haber diagnosticado de definitiva y manera oportuna y exponerla al deterioro de su salud al no recibir tratamiento adecuado a su sintomatología en oportunidad. Planteó también la existencia de nexo causal que compromete a las demandadas ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP BOYACA.

- III.4.2. La entidad E.P.S. SALUDCOOP EN LIQUIDACION a través de apoderado judicial, presentó sus alegatos de finalización (flas. 672 a 673 C.5) señalando que, según los testimonios recaudados, la patología presentada por la menor CAROL NICOL fue una falla multiorgánica debido a la complicación de su organismo; sin embargo, quedó claro que la displasia es una enfermedad de los huesos que no afecta los órganos y que no fue determinante a la hora del deterioro de salud de la menor, aclara que se descarta que la displasia tenga alguna relación con la falla multiorgánica de la menor que le produjo su muerte. Refiere que, según lo probado dentro del proceso, la cardiopatía fue la razón de la falla multisistémica, teniendo en cuenta que a la paciente le fallaban los riñones y se le practicó diálisis, y sus evidentes complicaciones evitaron su recuperación. Señala que este tipo de pacientes quedan a la espera de una donación de los órganos afectados, lo que al no ocurrir impidió salvaguardar la vida de la menor. Aduce que a la paciente se la atendió en debida forma, que se siguieron los protocolos y las guías específicas en estos casos. Señala que no se negó la atención, incluso ante la complicación fue remitida al Hospital San Rafael con el objetivo de salvar la vida de la menor. Se refiere a la existencia de cardiopatía congénita como la causante del deceso de la menor, la que califica de natural y que no existió falla médica o mala atención y que tampoco se le negó el servicio. Refiere que la parte demandante no demostró la falla y que su deber era demostrarla. Hace también referencia a la condena en costas que se le hizo en audiencia de pruebas, al haber desistido de una prueba testimonial sin el beneplácito de la contraparte.

- III.4.3. La COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA a través de apoderado judicial presentó sus alegatos de finalización (fls. 678 a 682 C.5) en ellos reiteró lo expresado en la contestación en relación con las excepciones propuestas, sin hacer un análisis o valoración de las pruebas recaudadas.
- III.4.4. El Departamento de Boyacá a través de su apoderada judicial presentó escrito de finalización (fls. 683 a 688 C.5), refiriendo que, de acuerdo al material probatorio recaudado, como son los testimonios de los especialistas en medicina, la patología presentada por la menor fallecida CAROL NICOL ALFONSO, fue producto de una falla multiorgánica, debido a la complicación de todas las afecciones que padecía, incluyendo la cardiopatía, quedando claro que este fue uno de los factores principales para que por razones naturales la menor no logrará sobrevivir. Arguye que los testimonios rendidos por los médicos tratantes dan cuenta del esfuerzo y la dedicación que se le imprime en el proceso de recuperación de la menor, sin embargo, la enfermedad padecida, resultaba ser altamente mortal a su corta edad. Señala que no se puede pretender culpar al Departamento de Boyacá por la falta de atención médica, pues quedó determinado que se dio cumplimiento a todos los protocolos de los centros hospitalarios al brindar atención médica a la menor CAROL NICOL. Aclara que la relación que existe entre el Departamento Boyacá y el Hospital San Rafael de Tunja es de tipo contractual sustentado en la ley 80 de 1993, la cual se plasma en contratos interadministrativos para la prestación de servicios de salud, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población pobre, y de atención a la población vulnerable en lo no cubierto con subsidio de la demanda, además de los eventos no POS en el área de influencia de dicha institución hospitalaria, bajo la modalidad de facturación por evento. Refiere que para el caso de la señora LUZ ANGELA SUÁREZ y de menor CAROL NICOL ALFONSO SUÁREZ, de conformidad con los documentos aportados por el demandante, se concluye que se encontraban afiliadas al régimen subsidiado a través de la IPS SALUDCOOP, entidad que en principio debía garantizar la atención en salud de sus afiliados, circunstancia que se dio en el caso demandado, ya que se demuestra probatoriamente que se le brindó atención requerida. Expresa que no puede predicarse nexo de causalidad en los hechos ocurridos con las funciones y competencias del Departamento de Boyacá, en materia de salud. Hace referencia también a la legitimación en la causa por pasiva haciendo similar razonamiento al efectuado en la contestación de la demanda.
- III.4.5. El Municipio de Tunja, a través de apoderado judicial, presentó también los alegatos de finalización (fls. 705 a 711 C.5), en ellos señaló que se puede evidenciar con cada uno de los elementos probatorios arrimados al proceso, dos circunstancias fundamentales frente a lo que se pretenden ligar al municipio, una que al momento de los hechos era indiscutible que el Municipio de Tunja no tenía obligación alguna frente a la paciente como quiera que la fecha en que se presentaron los hechos no era el municipio el encargado de garantizar el servicio. Aclara que el SISBEN es un sistema de identificación de potenciales pacientes beneficiarios de programas sociales del Estado, donde la señora LUZ ANGELA SUÁREZ NONSOQUE, que se encontraba encuestada con un puntaje de 63 puntos, con los cuales no clasificaba como beneficiaria del régimen subsidiado en salud, de acuerdo a la Resolución 3778 de 2011, pero que sin embargo no solo se le garantizó el acceso a los servicios de salud a través de los recursos de subsidio a la oferta del Departamento Boyacá, quien mediante contrato con el Hospital San Rafael de Tunja, aseguró el acceso a los servicios de salud requeridos por la paciente. Recuerda que el progenitor de la menor en el mes de octubre del año 2012 ingresa al régimen contributivo en calidad de cotizante siendo beneficiaria tanto la menor como su núcleo familiar y que por tal motivo dejó de pertenecer a la población pobre no

asegurada, cesando la obligación de garantizar los servicios de salud como población no asegurada. Señala que queda demostrado que el municipio de Tunja cumplió en su momento con su deber legal propio de encuestar e identificarla, para que la Dirección de Planeación Nacional iniciara el proceso de vinculación y asignación de puntaje, evidenciándose que municipio siempre actuó dentro del ámbito de sus competencias y hasta los límites que la ley le permitía frente al asunto. Refiere que no existe conducta omisiva por parte del municipio de Tunja frente a los hechos y pretensiones hoy endilgadas, rompiendo con esto cualquier nexo de causalidad entre la conducta de la administración municipal y los supuestos perjuicios causados a los hoy demandantes. Finalmente señala que de conformidad con el material probatorio que reposa en el expediente, especialmente el testimonio del doctor CARLOS MANUEL MUJICA WALTEROS, se logra establecer que no existió falla el servicio, como quiera que no se evidenció negligencia alguna en la prestación del servicio de salud, la cual, según el material probatorio recaudado, como lo afirmado por el especialista - médico pediatra, la atención se prestó de manera eficiente adecuada y pertinente y que el suceso de la menor, según su dicho, no fue como consecuencia de los procedimientos realizados. Con la historia clínica de CAROL NICOL ALFONSO SUÁREZ, especialmente con la declaración rendida por el doctor MUJICA WALTEROS, quedó claro que la muerte la menor era inminente por varias razones, entre las que aclara que no fue por los procedimientos realizados a la señora LUZ ANGELA SUÁREZ, y a la menor. Recuerda apartes de la declaración rendida por el médico pediatra.

- III.4.6. El Hospital San Rafael de Tunja, a través de apoderado judicial, presentó alegatos de conclusión (fls. 745 a 750 C.5), en ellos señaló que no hay derecho alguno de reparar a los demandantes, en tanto que no se ha causado ningún perjuicio. Señaló, además, que de las pruebas aportadas al proceso se tiene la historia clínica, de la cual se infiere que la atención brindada a la señora LUZ ANGELA SUÁREZ NONSOQUE y a la menor CAROL NICOL ALFONSO SUÁREZ se realizó conforme a los atributos de calidad, garantizándole los servicios médicos de consulta especializada, de obstetricia, de laboratorio clínico, de imágenes diagnósticas requeridas por la paciente y habilitados por la institución. Se refiere el apoderado judicial a los testimonios rendidos por los médicos Nicolás Romero y Carlos Manuel Mojica. Señala la que el concepto displasia de la paciente CAROL NICOL no es válido, habida cuenta que al momento de nacer se consideran que sus huesos fueron normales, de acuerdo a lo dicho por el galeno, la bebé tenía un hallazgo ecográfico incidental de huesos largos cortos, lo que posteriormente no se pudo corroborar, más lo que se encontró posteriormente fue una alteración cardíaca que no necesariamente tenía que evidenciarse en la vida uterina, por lo anterior es evidente que no existe responsabilidad de alguna del ente hospitalario.

Practicadas las pruebas decretadas presentados los alegatos de conclusión es menester resolver el litigio planteado, previas las siguientes,

IV. CONSIDERACIONES

I. Presupuestos procesales de la acción

1. Previo a analizar el fondo del presente asunto, resulta pertinente pronunciarse sobre la jurisdicción y competencia del Juzgado, la legitimación en la causa, la procedencia de la acción y la caducidad.

- 1.1. Por ser la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, empresa social del Estado de naturaleza pública del estamento Departamental y el Municipio de Tunja

y el Departamento de Boyacá entidades públicas del orden territorial, el presente asunto es de conocimiento de esta **jurisdicción** de acuerdo con el artículo 104 del C.P.A.C.A. y dado que se trata de una demanda en donde se utiliza el medio de control de Reparación Directa, el despacho es competente para conocer en primera instancia de dicha acción por así disponerlo el numeral 6 del artículo 155 ibidem. Por lo anterior, se concluye que el Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja, es competente para pronunciarse respecto de la responsabilidad que les pudiere ser atribuida a las entidades demandadas en la presente *litis*.

1.2. El medio de control de Reparación Directa a que alude el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011 es el procedente en este caso, por cuanto las súplicas de la demanda van encaminadas a la declaratoria de responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, Municipio de Tunja, Departamento de Boyacá, SALUDCOOP EPS y CORPORACION IPS SALUDCOOP DE BOYACÁ, por las acciones y omisiones atribuidas a estas y que, según la parte demandante, condujeron a la víctima no solo a una pérdida de oportunidad y finalmente a su muerte.

1.3. En cuanto a la **legitimación en la causa** por activa, se demostró que las demandantes FERNANDO ALFONSO NONSOQUE, LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL y JOSE PASTOR SUAREZ SUAREZ y la menor DIANA DEL PILAR ALFONSO SUAREZ, fueron las directamente afectadas por el presunto daño irrogado. Los señores FERNANDO ALFONSO NONSOQUE y LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE son los padres de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ (q.e.p.d) lo que se encuentra acreditado con el registro civil de nacimiento de la niña CAROL NICOL (fl. 36 C.1); la menor DIANA DEL PILAR ALFONSO SUAREZ es hija de los señores FERNANDO ALFONSO NONSOQUE y LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y de contera, hermana de la menor fallecida CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ lo que resultó acreditado con registro civil de nacimiento aportado por la parte demandante (fl.29 C.1); y los señores LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL y JOSE PASTOR SUAREZ SUAREZ, son los padres de LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL y por tanto abuelos de CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, lo que se acredita con copia autentica del registro civil de nacimiento de la señora SUAREZ NONSOQUE (fl. 27 C.1). En razón de lo anterior, las personas arriba citadas se encuentran legitimadas en la causa por activa y, en consecuencia, se los tendrá en el presente proceso como terceros damnificados en un eventual fallo favorable a las pretensiones incoadas.

1.4. Finalmente, en cuanto a la **legitimación por pasiva**, se tiene que el daño invocado en la demanda provendría de acciones y omisiones imputables a la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, Municipio de Tunja, Departamento de Boyacá, SALUDCOOP E.P.S. OC EN LIQUIDACIÓN y la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACÁ, razón por la cual se acredita su legitimación por pasiva en la presente causa.

1.5. Finalmente, en lo atinente a la **caducidad** de la acción, en el literal i del artículo 164 del CPACA señala que cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos años contados a partir del día siguiente de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo, si fue en fecha posterior, siempre que se pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia. Así las cosas, es claro para este Despacho que el daño causante de los perjuicios cuya reparación se implora, se refieren a la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, lo cual ocurrió el día 17 de enero de 2013, según da cuenta el registro civil de defunción obrante a folio 26 del expediente, por lo que los dos años para presentar la demanda fenecían el 16 de

enero de 2015. No obstante, lo anterior, dicho término fue interrumpido por el lapso comprendido entre el 16 de enero de 2015 (presentación de la solicitud extrajudicial) y hasta el día 13 de abril del mismo año (expedición de la constancia agotamiento del requisito de prejudicialidad aludido), por lo que el término de dos años para presentar la demanda se cumplía el día 14 de abril de 2015 y como la demanda fue presentada el 13 de abril del mismo año, este medio de control fue presentado en término.

II. Pruebas relevantes

Al plenario fueron allegadas válidamente las siguientes pruebas:

1. Constancia de fecha 16 de enero de 2015 expedida por la Procuraduría 45 Judicial II para Asuntos Administrativos de agotamiento del requisito de procedibilidad al que aluden los artículos 35 y 37 de la Ley 640 de 2001.(fl. 25 C.1)
2. Copia autentica del registro civil de defunción de CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ en donde consta como fecha de defunción el 17 de enero de 2013 a las 2:45 p.m. (fl.26)
3. Copia del registro civil de nacimiento de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE (fl.27 C.1)
4. Copia autentica del registro civil de nacimiento del señor FERNANDO ALFONSO NONSOQUE (fl.28 C.1)
5. Copia autentica del registro civil de nacimiento de la menor DIANA DEL PILAR ALFONSO SUAREZ (fl. 29 C1)
6. Copia autentica del registro civil de nacimiento de CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ (Ffl. 30 C.1.)
7. Historia Clínica de CARLOL NICOL ALFONSO SUAREZ de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. (fls. 31 a 183 C.1y 599 C3 a 695 C.4)
8. Historia Clínica de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA (fls. 186 C.1 a 249 y 351 C.2 a 585 C.3)
9. Certificado de existencia y representación SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO (fls.256 a 308 C2)
10. Resolución No. 070 del 7 de mayo de 2015 “por la cual se prorroga el término de intervención forzosa administrativa para administrar SALUDCOOP ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO(fl.309 a 317C.2)
11. Copia contrato interadministrativo No. 000000278 de fecha 2 de enero de 2012, acordado entre el Departamento de Boyacá y la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, para prestar servicios de salud a la población pobre y vulnerable no cubierta por subsidio a la demanda y servicios no POS-S a la población afiliada al régimen subsidiado del Departamento de Boyacá. (fls.373 a 379 C.2)
12. Copia Adicional No. Al contrato No. 000000278 de fecha 2 de enero de 2012, acordado entre el Departamento de Boyacá y la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja de fecha 1 de noviembre de 2012.(fls.381 a 382 C.2)
13. Reporte de consulta afiliados compensados en registros del Ministerio de Protección Social. (fls.383 a 385 C.2)
14. Transcripción historia clínica CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. (586 a 598 C.3)
15. Oficio sin fecha suscrito por el Secretario de Protección Social de Tunja (fl. 731 C.4)
16. Oficio de fecha 23 de diciembre de 2016 suscrito por el Secretario de Salud de Boyacá. (fl.734 C.4)
17. Copia interpretación de estudios de imagenología- Comprobante de prestación de servicios: 270242 (fls.844 a 848)
18. En audiencia de pruebas llevada a cabo los días 30 de mayo de 2018 y 19 de marzo de 2019 se recaudaron los testimonios de los profesionales de la medicina doctores NICOLAS ROMERO(fl. 839 a 843 C.5) y CARLOS MANUEL MOJICA WALTEROS (fls.665 a 671 C.5)

19. Historia Clínica de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ de la IPS CORPORACIÓN SALUDCOOP BUYACA obrante en cd a folio 184 C.1

III. Problema jurídico

En audiencia inicial llevada a cabo el 5 de abril de 2018 el Despacho fijó el litigio de la presente causa con el siguiente interrogante: ¿Se presentó falla en el servicio médico en la atención brindada a la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y a la recién nacida CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, tanto en la atención prenatal como en la postparto, atribuible a las entidades demandadas, y en caso afirmativo establecer la posible indemnización por los daños causado a la parte actora?.

IV. Tesis argumentativas del caso

De acuerdo a lo anterior, el Despacho concreta las tesis argumentativas del caso para dirimir el objeto de la Litis, e igualmente anuncia la posición que asumirá así:

- a. Tesis de la parte demandante: Señala que las demandadas son administrativamente responsables del daño irrogado consistente en la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, por cuanto el actuar de los médicos que atendieron tanto a su madre LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE como a la menor, fue negligente, imperito y violatorio de los reglamentos, lo que a su juicio se constituye en falla médica, argumentó su dicho en que no obstante que en el período de gestación fue evidenciada, a través de ecografía transvaginal nivel III practicada a la señora SUAREZ NONSOQUE, una displasia esquelética, los médicos que atendieron el parto y en la posterior evolución no aplicaron protocolos necesarios para tal patología, que por tal razón la menor sufrió una serie de padecimientos posteriores, como son neumonía atípica y miocarditis aguda, los cuales no fueron tenidos en cuenta cuando la dieron en una primera oportunidad de alta a la niña. Aduce también violación de los reglamentos y transgresión de normas que se refieren a la ética médica.
- b. Tesis de SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION: Señala que la menor murió por una falla multiorgánica y que la displasia esquelética nunca fue diagnosticada, señalan que incluso si tal patología se hubiere evidenciado está no tendría incidencia en la afectación de otros órganos. Refieren que la falla aludida se debió a una cardiopatía congénita evidenciada y que las complicaciones de su estado de salud evitaron su recuperación. Mencionan que la muerte de la menor no es el resultado de una mala atención o de no atender los protocolos establecidos para tratar las anomalías presentadas y asevera que a la paciente se la atendió en la debida forma y que se siguieron los protocolos y guías específicas para el caso, que nunca se le negó la atención.
- c. Tesis de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA: Refiere su representante judicial que no existen perjuicios que reparar por cuanto la muerte de la menor no tuvo como causa la atención brindada a la misma y a su madre, señalan que tal atención de dio conforme a los atributos de calidad, garantizándole los servicios médicos de consulta especializada, de obstetricia, de laboratorio clínico, de imágenes diagnósticas requeridas por la paciente y habilitados por la institución. Aducen que el padecimiento de displasia esquelética fue un hallazgo ecográfico incidental, pero que al nacer y hacer las valoraciones respectivas no se encontró tal alteración, señalan que lo evidenciado fue una alteración cardíaca que no tenía que verificarse en la vida uterina.
- d. Tesis del Departamento de Boyacá: El ente territorial señala que su relación con el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA es eminentemente contractual y que, no obstante existir falta de legitimación en la causa por pasiva en lo que a dicha entidad se refiere, queda claro que a la menor se le brindó atención médica

adecuada en los distintos centros hospitalarios, por lo cual no existe nexo causal entre el daño ocasionado y las actuaciones desplegadas.

- e. Tesis del Municipio de Tunja: El apoderado del referido ente territorial señaló que el Municipio no es responsable del daño consistente en la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ por cuanto este no tenía ninguna obligación frente a la paciente en materia de garantía del servicio de salud, señala que por tanto no existe nexo de causalidad entre la conducta de la administración municipal y los supuestos perjuicios causados a los demandantes.
- f. Tesis del Despacho: El juzgado negará las pretensiones de la demanda por considerar, que, si bien no existe duda alguna sobre la existencia del daño consistente en la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, no existe plena certeza de que el mismo pudo ser causado por las entidades demandadas. Lo anterior como quiera que las únicas pruebas aducidas en el proceso con el fin de demostrar la responsabilidad de las demandadas son las historias clínicas de la menor y de su madre LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, sin que de las lecturas de las mismas se pueda concluir la existencia de una falla médica evidente que sea la causa directa del daño, al contrario, los testimonios recaudados indican que las entidades prestadoras del servicio de salud cumplieron con los protocolos previstos para las patologías diagnosticadas y que el manejo clínico que se le dio a la menor fue el adecuado. Se aclara que, pese a la omisión de tratamiento de una displasia esquelética probable, no se probó el nexo causal entre tal conducta y el curso desfavorable evidenciado de la paciente por otras patologías. En este aspecto corresponde al despacho señalar que a efectos de determinar si las entidades demandadas incurrieron en alguna falla que les acarreó la obligación de efectuar la reparación del daño sufrido a los hoy demandantes, debe tenerse en cuenta que bajo la posición actual del Consejo de Estado, la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es la falla del servicio, radica en cabeza de los demandantes, quienes a través de los medios probatorios autorizados y sin que exista tarifa legal al respecto, deben demostrar que la atención fue tardía deficiente o inexistente.

V. ANÁLISIS DEL DESPACHO

Antes de resolver el problema jurídico planteado, el Despacho considera pertinente analizar: a) Régimen de responsabilidad aplicable; b) Régimen de responsabilidad derivado de la actividad médica; c) Del error de diagnóstico; d) El sistema de seguridad social en salud garantía del orden superior; e) Responsabilidad de las entidades del sistema de seguridad social en salud; f) Del caso concreto.

a. Régimen de responsabilidad aplicable

A partir de la expedición de la Constitución de 1991, se reconoció expresamente la responsabilidad patrimonial del Estado, específicamente, el artículo 90 Superior, dispuso que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción u omisión de las autoridades públicas. Es de recordar que el Código Contencioso Administrativo en su artículo 86, modificado por el artículo 16 del Decreto 2304 de 1989, dotó a quienes consideran que han sufrido un daño antijurídico de una acción para obtener el reconocimiento de la responsabilidad del Estado y la consecuente reparación de los daños, norma que posteriormente fue la recogida por el artículo 140 de la ley 1437 de 2011, disposición que prescribió:

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

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

De lo anterior se colige, que, a partir de la expedición de la Constitución Política de 1991, todo debate sobre la responsabilidad del Estado, se resolverá con fundamento en lo previsto en el artículo 90 Superior, así las cosas, éste responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos causados por la acción u omisión de las autoridades públicas, que les sean imputables.

De lo antes señalado se puede concluir que la responsabilidad patrimonial del Estado encuentra fundamento en el principio de la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos, desarrollado por la jurisprudencia y expresamente consagrado en el citado artículo 90, el cual a su vez debe interpretarse en concordancia con los artículos 2º, 13, 58 y 83 del mismo ordenamiento superior, que por un lado, impone a las autoridades de la República el deber de proteger a todas las personas en Colombia en su vida honra y bienes, y por otro, establece la obligación de promover la igualdad de los particulares ante las cargas públicas y de garantizar la confianza, la propiedad privada, y los demás derechos adquiridos con arreglo a las leyes civiles.

Entonces, la relevancia en el análisis sobre la responsabilidad del Estado, recae sobre la antijuridicidad del daño, y no sobre el accionar de las autoridades. Por tanto, resulta accidental si el daño fue causado a través de una actuación legítima o ilegítima del Estado, debiéndose hacer una lectura especialmente reparativa del juicio de responsabilidad, centrada ésta principalmente la protección de los particulares.

La responsabilidad del Estado se hace evidente, cuando se configura un daño, el cual deriva su calificación de antijurídico, atendiendo a que el sujeto que lo sufre, no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio causado, tal como lo ha definido la jurisprudencia del Consejo de Estado.

Por tanto, los elementos que sirven de fundamento a la responsabilidad son esencialmente el daño antijurídico y su imputación en la administración, entendiéndose por tal, el componente que permite atribuir jurídicamente el daño a un sujeto determinado.

En la responsabilidad del Estado, la imputación no se identifica con la causalidad material, pues la atribución de la responsabilidad puede darse también en relación de criterios normativos jurídicos. Una vez se define que se está frente a una obligación que incumbe al Estado, se determina el título en razón del cual se atribuye el daño causado por el agente, a la entidad a la cual pertenece, esto es, se define el factor de atribución que puede ser falla del servicio, riesgo creado o rompimiento de la igualdad de las personas frente a las cargas públicas.

De tal manera que atribuir el daño causado por un agente al servicio del Estado, significa, que éste se hace responsable de una reparación, pero esta atribución sólo es posible cuando el daño ha tenido vínculo con el servicio prestado. Es decir que las actuaciones de los funcionarios sólo comprometen el patrimonio en las entidades públicas cuando las mismas tienen algún nexo o vínculo con el servicio público.

En aplicación del principio *iura novit curia*, corresponde al juez la aplicación del derecho con prescindencia del invocado por las partes, por lo que es a éste, a quien incumbe la determinación correcta del derecho, debiendo discernir los conflictos litigiosos y resolverlos según el derecho vigente, calificando la realidad del hecho y encuadrándolo en las normas jurídicas que rigen la materia.

Como se mencionó en precedencia, cualquier estudio que aborde la responsabilidad estatal, como el que en esta oportunidad nos trae, debe hacer énfasis en la reparación del daño, pues como se señaló, su objetivo es brindar garantía de los derechos de los particulares, más que la determinación de la licitud de la actividad del Estado a través de sus entidades.

Por tanto, en el caso en que se pruebe la ocurrencia del daño antijurídico y su imputabilidad al Estado, surge entonces la obligación de indemnizar a aquellos afectados por el reseñado daño.

b. Régimen de la responsabilidad derivado de la actividad médica

La jurisprudencia del Consejo de Estado en materia médico- asistencial, determina que la responsabilidad del Estado surge en distintos momentos y estadios de la atención, en términos generales el régimen aplicable es el subjetivo, bajo el título de imputación de falla del servicio, realizando una transición entre los conceptos de falla presunta y falla probada.

La posición consolidada la constituye aquella según la cual es la falla probada del servicio, el título de fundamento bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por responsabilidad médica hospitalaria¹.

El reseñado precedente vertical ha enseñado que todas aquellas actuaciones del servicio médico asistencial componen el denominado acto médico complejo, que está integrado por: a) los actos puramente médicos como intervenciones, suministro de medicamentos y demás procedimientos realizados directamente en el proceso de atención; b) los actos paramédicos que corresponden a las acciones preparatorias del acto médico (incluyendo las obligaciones de seguridad); y c) los extramédicos que comprenden los servicios complementarios pero necesarios para adelantar la atención médica, como son el alojamiento y la alimentación².

Por ello para adentrarse al juicio de responsabilidad es necesario verificar, dependiendo de la faceta del servicio, cuál fue el contenido que obligacional³ en que el falló el Estado a través de sus centros prestadores de servicios salud públicos.

En este orden de ideas, independientemente de que al finalizar la atención no se haya logrado la curación efectiva y/o definitiva el paciente, o incluso aquel haya perdido la vida, lo verdaderamente relevante es indagar si la prestación del servicio de salud, se suministró en forma eficiente, oportuna y de calidad, además de determinar si se hizo uso de todos los mecanismos que estaban a su alcance al realizar el tratamiento para mejorar la salud del paciente, de acuerdo a la *lex artis ad hoc* y los protocolos médicos aplicables para el caso concreto. Sobre la materia el Consejo de Estado ha efectuado pronunciamientos como el que se referencia:

*"(...) Ha sido reiterada la jurisprudencia que apunta a señalar que la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que por regla general conllevan riesgos de complicaciones situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance conforme a la *lex artis* para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en*

¹ Sentencia del 12 de mayo de 2011 Exp. 19.835 Consejo de Estado. Sección Tercera

² Sentencia del 03 de octubre de 2016, Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección B expediente 05001-23-31-000-1999-02059-01(40057), C.P Ramiro Pazos.

³ Henao, Juan Carlos. La noción de falla del servicio como violación de un contenido obligacional a cargo de una persona pública en el derecho colombiano y el derecho francés. En Estudios De Derecho Civil, Obligaciones y Contratos, Libro de Homenaje a Fernando Hinestrosa, 40 Años de Rectoría. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003, pp. 57- 114

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
 Reparación Directa: 15001333300620150007300
 Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
 Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho. (...)⁴

Por tanto, es de especial importancia estudiar la naturaleza de la actividad de que se trata, para determinar la responsabilidad, en la medida en que la atención médica parte de la existencia de un curso causal *negativo* frente al paciente, ya sea natural o causado por agentes externos, que es la enfermedad, el cual se enfrenta a un curso causal *positivo* que se traduce en el tratamiento médico⁵.

El tratamiento tiene la finalidad de anular o, por lo menos, aminorar los efectos de la patología y mejorar el estado de salud del paciente, pero no está bajo el absoluto control del galeno ya que no opera de forma "*matemática*" sino que obedece a la situación particular de cada caso, incluyendo la respuesta fisiológica particular del afectado⁶.

En ese orden de ideas, el contenido obligacional en materia médico- asistencial se sustenta en el principio de confianza, la posición de garantía y el fin de protección de la norma, donde el fallador debe ubicarse en el lugar en el que se encontraba el médico al momento de atender al paciente para determinar las posibilidades con que contaba, y no cuestionar el suministro o no de algún servicio sin atender esa realidad material⁷.

El Tribunal Administrativo de Boyacá⁸ señaló que no puede perderse de vista que uno de los principios generales del derecho es aquel que reza que "*nadie está obligado a lo imposible*", así que resultaría ilógico y desproporcionado obligar indirectamente al médico a que sea infalible en todas las etapas del proceso de atención y que, además, tenga certeza absoluta de la efectividad de los procedimientos y medicamentos que suministre.

La anterior premisa tiene sustento en la demarcación de los límites de la institución de la posición de garantía⁹ e incluso en la conceptualización de la teoría de la causalidad adecuada, donde no se considera constitutiva de responsabilidad la concreción de daños a partir de cursos causales atípicos o imprevisibles en razón de la esencia de aquella, que no es otra que las reglas de la experiencia¹⁰.

Ahora bien, bajo la posición actual del Consejo de Estado, la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla en el servicio, radica en cabeza del demandante¹¹, quien debe demostrar que la atención fue tardía, deficiente o inexistente, a través de los medios probatorios autorizados por la ley, sin que exista tarifa legal al respecto.

Es importante resaltar que dictamen pericial tiene especial relevancia, si bien no se constituye en prueba preferente o única, por su carácter directo y científico puede llevar más adecuadamente a la convicción del Juez¹².

c. Del error de diagnóstico

⁴ Sentencia del 27 de enero de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección A Expediente 20001-23-31-000-2001-01559-01(29728), C.P. Hernán Andrade.

⁵ Sentencia del 26 de septiembre de 2018 Tribunal Administrativo de Boyacá Exp, 15238-333-002-2013-00353-01 MP Oscar Alfonso Granados Naranjo

⁶ *Ibidem*

⁷ Ejustem

⁸ *Idem*

⁹ Sentencia del 10 de noviembre de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección C, expediente 76001-23-31-000-2003-00707-01(33870) C.P. Jaime Orlando Santofimio

¹⁰ Serrano Escobar, Luis Guillermo. Imputación y causalidad en materia de responsabilidad por daños. Bogotá: Ediciones Doctrina y Ley, 2011, pp. 28-34

¹¹ Sentencia del 2 de mayo de 2016 Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección B, expediente 2001-23-31-000-2003-01349-01(33140) C.P. Danilo Rojas

¹² Sentencia del 14 de septiembre Consejo de Estado — Sección Tercera — Subsección A, 14 Sep. 2016, e63001-23-31-000-2002-01058-01(38804)

Como se reseñó en precedencia, para el Consejo de Estado¹³, la falla médica involucra, de una parte, el acto médico propiamente dicho, que se refiere a la intervención del profesional en sus distintos momentos y comprende particularmente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, y de otra, todas aquellas actuaciones previas, concomitantes y posteriores a la intervención profesional, que operan desde el momento en que la persona asiste o es llevada a un centro médico estatal, actividades estas últimas que están a cargo del personal paramédico o administrativo.

Nos referimos a todas las actuaciones que constituyen el denominado "*acto médico complejo*", que son las que deben ser estudiadas en su conjunto para dar solución del caso concreto, por tanto los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como por ejemplo aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse, a esos tratamientos, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

En tales eventos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsible, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la *lex artis*¹⁴.

El superior funcional de este despacho en la reseñada decisión señaló como uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico, al diagnóstico, refiriendo que, a partir del mismo, se define el tratamiento posterior. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cual es la enfermedad que sufre el paciente¹⁵.

En los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, debe estar demostrado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración

¹³ Sentencia del 23 de junio de 2010 Consejo de Estado, Sección Tercera, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁴ Sentencia del 27 de junio de 2019. Tribunal Administrativo de Boyacá. Exp. 15001 3333330 122016 00116 01 M.P. Dra. Clara Elisa Cifuentes Ortiz

¹⁵ Ibidem

física completa y seria¹⁶ u omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico¹⁷; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad.

d) El sistema de seguridad social en salud garantía del orden superior

La “Declaración Universal de Derechos Humanos”, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, en su artículo 22, elevó a tal categoría el que:

“(...) toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”.

Es la “seguridad social” una garantía inalienable e indeclinable de orden superior, que surge en repuesta a principios de equidad y compensación, enfocada en la atención de necesidades básicas para un adecuado desenvolvimiento de los asociados, cuyo objetivo final es el bienestar común.

En Colombia dicho concepto tiene un amplio espectro en el ámbito constitucional, que se irradia en aspectos individuales y familiares, si se tiene en cuenta que, como se destacó en¹⁸:

“Desde el artículo 1°, la Carta aborda el derecho a la seguridad social, al organizar la República como un Estado Social de Derecho. Esta forma del Estado trae implícito el comentado derecho a la seguridad social. Comprende la solidaridad colectiva que hace resaltar la obligación del poder público, de la Sociedad y del propio hombre, de asistir a los ciudadanos a fin de procurarles una mejor forma de vivir.

Luego, de ese desarrollo de principio, varios artículos del capítulo 2 del título II, “De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales”, determinan con mayor claridad los contenidos de la seguridad social. Se preceptúa allí: la protección integral de la familia (art. 42); la protección de la mujer durante el embarazo y después del parto (art. 43); se incluye entre los derechos fundamentales de los niños la obligación de la familia, la sociedad y el Estado, de asistirlos y protegerlos (art. 44); los niños menores de un año tienen derecho incluso más allá de los límites de la simple seguridad social, a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado (art. 50); los adolescentes tienen derecho a su protección y formación integral, y la garantía de su participación en los organismos públicos y privados que tengan a su cargo la protección, educación y progreso de la juventud (art. 45); la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, su seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia (art. 46); la atención especializada a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales (art. 47); el derecho de los colombianos a la salud y al ambiente (art. 49); el derecho a la vivienda digna (art. 51); el derecho a la recreación (art. 52)”.

La “atención de la salud” a que alude el artículo 49 de la Constitución Política, como una de las manifestaciones de la “seguridad social”, tiene especial relevancia por su incidencia en la inviolabilidad del “derecho a la vida” de que trata el artículo 11 ibídem, pues, una

¹⁶ Sentencia del 10 de febrero de 2000 Consejo de Estado. Sección Tercera Exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández

¹⁷ Sentencia del 27 de abril de 2011. Consejo de Estado. Sección Tercera Exp. 19.849, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁸ Corte Constitucional Sentencia C-408/94

deficiencia en la prestación del servicio puede culminar con una afrenta directa a este último.

Es por esto que la labor regulatoria del Estado sobre la materia debe responder a patrones de eficiencia e idoneidad que brinden una especial protección a la población débil y necesitada.

1. Presupuestos de continuidad, eficiencia y oportunidad

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política disponen que la atención en salud, así como la seguridad social son servicios públicos de carácter obligatorio y esencial a cargo del Estado, que deben prestarse bajo su dirección, coordinación y control, y con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Una de las características de todo servicio público, atendiendo al mandato de la prestación eficiente (Art. 365 C.P.), la constituye su continuidad, lo que implica, tratándose del derecho a la salud, su prestación ininterrumpida, constante y permanente, dada la necesidad que de ella tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social.

Sobre este punto, la Corte Constitucional ha sostenido que una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio¹⁹, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.²⁰ Asimismo, el derecho constitucional a acceder de manera eficiente a los servicios de salud, no solamente envuelve la garantía de continuidad o mantenimiento del mismo, también implica que las condiciones de su prestación obedezcan a criterios de calidad y oportunidad.

2. Derecho de acceso al Sistema de Salud libre de demoras y cargas administrativas que no les corresponde asumir a los usuarios

Uno de los contenidos obligacionales de la prestación de los servicios de salud que corresponde al Estado, hace referencia a que este servicio público esencial sea proporcionado en forma ininterrumpida, oportuna e integral; razón por la que las justificaciones relacionadas con problemas presupuestales o de falta de contratación, así como la invención de trámites administrativos innecesarios para la satisfacción del derecho a la salud, constituyen, en principio, no solo una vulneración al compromiso adquirido en la previsión de todos los elementos técnicos, administrativos y económicos para su satisfacción²¹, sino también un severo irrespeto por esta garantía fundamental.

Las Entidades Promotoras de Salud, al tener encomendada la administración de la prestación de estos servicios, que a su vez son suministrados por las IPS²², no pueden someter a los pacientes a demoras excesivas en la prestación de los mismos o a una paralización del proceso clínico por razones puramente administrativas o burocráticas, como el cambio de un contrato médico. Cuando existe una interrupción o dilación arbitraria, esto es, que no está justificada por motivos estrictamente médicos²³, las reglas de continuidad y oportunidad se incumplen y, en consecuencia, al prolongarse el estado

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-597 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz); en este caso, la Corte tuteló el derecho de un menor a que el Hospital acusado lo siguiera atendiendo, pues consideró que “[la] interrupción inconveniente, abrupta o inopinada de las relaciones jurídico-materiales de prestación no se concilia con el estado social de derecho y con el trato que éste dispensa al ser humano”.

²⁰ Corte Constitucional, sentencia T-059 de 2007 (MP Álvaro Tafur Galvis), en este caso se tuteló el derecho de un joven de 23 años a que no se interrumpiera el tratamiento que recibía por un problema de adicción que lo llevó a perder su cupo como estudiante, a pesar de que se le atendía en condición de beneficiario de su padre, por ser estudiante.

²¹ Corte Constitucional, Sentencias T-285 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández Galindo y T-185 de 2009, M.P. Juan Carlos Henao Pérez.

²² Ley 100 de 1993, Artículo 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. <Artículo condicionalmente EXEQUIBLE> El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: (...) e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno:(...)”

156 de la Ley 100 de 1993

²³ Corte Constitucional Sentencia T- 635 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

de anormalidad del enfermo y sus padecimientos, se desconoce el derecho que tiene toda persona de acceder en condiciones dignas a los servicios de salud.

Aunque resulta razonable que el acceso a los servicios médicos pase, algunas veces, por la superación de ciertos trámites administrativos; la jurisprudencia constitucional ha dejado en claro que el adelanto de los mismos no puede constituir un impedimento desproporcionado que demore excesivamente el tratamiento o que imponga al interesado una carga que no le corresponde asumir. De allí, que se garantice el derecho a acceder al Sistema de Salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos, pues de ello también depende la oportunidad y calidad del servicio.

La Corte Constitucional en sentencia reciente respecto a lo antes señalado expresó²⁴:

*“En esta línea, si bien para la Corte es claro que existen trámites administrativos en el sistema de salud que deben cumplirse, en algunos casos por parte de sus afiliados, también es cierto que muchos de ellos corresponden a diligencias propias de la Entidad Promotora de Salud, como la contratación oportuna e ininterrumpida de los servicios médicos con las Entidades Prestadoras. Estos contratos, mediante los cuales se consolida la prestación de la asistencia en salud propia del Sistema de Seguridad Social, establecen exclusivamente una relación obligacional entre la entidad responsable (EPS) y la institución que de manera directa los brinda al usuario (IPS), **motivo por el que no existe responsabilidad alguna del paciente en el cumplimiento de estos**”.* (lo en negrillas del despacho)

En aquellos casos en los cuales las entidades promotoras de servicios de salud dejan de ofrecer o retardan la atención que está a su cargo, aduciendo problemas de contratación o cambios de personal médico, están situando al afiliado en una posición irregular de responsabilidad, que en modo alguno está obligado a soportar; pues la omisión de algunos integrantes del Sistema en lo concerniente a la celebración, renovación o prórroga de los contratos es una cuestión que debe resolverse al interior de las instituciones obligadas, y no en manos de los usuarios, siendo ajenos- dichos reveses- a los procesos clínicos que buscan la recuperación o estabilización de su salud.

La Alta Corte en la oportunidad antes mencionada al respecto señaló:

“Ya en reiteradas ocasiones, esta Corporación se ha referido a la inoponibilidad de irregularidades administrativas frente a los usuarios de los servicios médicos, señalando que estas no pueden constituir una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. En tal sentido, el vencimiento de un contrato con una IPS, o la demora en la iniciación del mismo para atender una patología específica, resultan afirmaciones inexcusables de las Entidades Prestadoras de Salud que riñen con los principios señalados en el artículo 209 de la Constitución y con la función estatal de protección a la salud (art. 49 C.P.).

Las demoras ocasionadas por estos factores o el hecho de diferir tratamientos o procedimientos recomendados por el médico tratante sin razón aparente, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y mental de los pacientes, mereciendo mayor reproche si se trata de órdenes emitidas por un profesional adscrito a la entidad, pues los afiliados, aún bajo la confianza de la aptitud de estas prescripciones institucionales, deben someterse a esperas indeterminadas que culminan muchas veces por distorsionar y diluir el objetivo de la recomendación originalmente indicada, como quiera que el mismo paso del tiempo puede modificar sustancialmente el estado del enfermo, su diagnóstico y consecuente manejo.

²⁴ Corte Constitucional Sentencia T-234 de 2013. MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez

En síntesis, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una gestión diligente, una EPS demora un tratamiento o procedimiento médico al cual la persona tiene derecho, viola su derecho a la salud e impide su efectiva recuperación física y emocional, pues los conflictos contractuales que puedan presentarse entre las distintas entidades o al interior de la propia empresa como consecuencia de la ineficiencia o de la falta de planeación de estas, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y clausura óptima de los servicios médicos prescritos”.

e) Responsabilidad de las entidades del sistema de seguridad social en salud

Después de la entrada en vigencia del sistema general de seguridad social en salud (Ley 100 de 1993), la prestación de los servicios médicos dejó de ser una labor individual para convertirse en una actividad empresarial, colectiva e institucional, en la que el enfermo ya no es considerado un paciente sino un cliente más dentro del engranaje económico que mueven grandes organizaciones, y en la que el usuario no acude ante su médico de confianza sino ante una estructura corporativa que relegó el factor *intuitio personae* a su más mínima expresión.

La masificación del servicio de salud trajo consigo la despersonalización de la responsabilidad civil médica, que ahora no sólo se origina en la culpa del facultativo sino en la propia culpa organizacional, en muchos casos no atribuible a un agente determinado. Asimismo, los grandes adelantos de la ciencia moderna, el aumento de los aciertos terapéuticos, el uso de nuevas tecnologías, los resultados demostrados por la práctica de la medicina preventiva, el progreso de la medicina de precisión y la terapia dirigida cuando ello es posible, y la masificación del servicio de salud como producto de consumo, han hecho de la medicina una disciplina sofisticada, en la que se ha acumulado una enorme fuente de pronósticos, diagnósticos, tratamientos y procedimientos fidedignos según el buen hacer profesional, que la han elevado a los más altos niveles y minimizan el ámbito de lo fortuito porque acrecientan el margen de lo previsible, sin que ello signifique que las circunstancias atribuibles a la fatalidad hayan desaparecido por completo. De ahí que tanto las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud como los profesionales que fungen como agentes suyos, están cada vez más inmersos en un contexto de responsabilidad, porque entre mayor es el saber científico, la actualización de los conocimientos, el poder de predicción de los resultados y el dominio de las consecuencias, se incrementa el grado de exigencia ética y jurídica que se hace a las empresas y agentes prestadores del servicio de salud. Es esperable que a mayor comprensión sobre los procedimientos y técnicas idóneas que rigen un ámbito especializado de la ciencia, más grande es el poder de control sobre el mismo y mayores las posibilidades de evitar resultados adversos, lo que aumenta el grado de exigencia de responsabilidad.

Aunque el sistema de seguridad social está orientado por el principio de la solidaridad, ello no significa que la medicina sea una actividad de caridad o beneficencia, pues las entidades promotoras y prestadoras del servicio están organizadas bajo un modelo de economía de mercado en el que los afiliados al régimen contributivo y sus empleadores tienen que pagar por el servicio que reciben; mientras que en el régimen subsidiado los afiliados pagan una cotización que se financia con ingresos fiscales o de la solidaridad, lo que *convierte al cliente en acreedor del derecho a una asistencia sanitaria de calidad “en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.”* (Ley 100 de 1993, artículo 153, numeral 9°)

El rompimiento de los moldes clásicos en los que se enmarcaba el ejercicio de la medicina como profesión liberal, caracterizada por las obligaciones emanadas de la relación médico-paciente, ha hecho que el esquema de la responsabilidad civil fundado en la culpa individual se muestre insuficiente frente a las reclamaciones por daños a la salud producidos por la estructura organizacional de las entidades del sistema de

seguridad social, pues bajo este nuevo modelo surge una amplia gama de problemas que ameritan una solución distinta a la luz del paradigma de sistemas. No es posible, entonces, decidir las controversias jurídicas que involucran la responsabilidad de los médicos y de la estructura del sistema de seguridad social en salud bajo una interpretación tradicional del derecho concebida para endilgar responsabilidad en el ámbito exclusivo de las relaciones médicas interpersonales.

Bajo este nuevo enfoque, es menester analizar lo concerniente a la naturaleza jurídica de la obligación de la cual surge la responsabilidad que se reclama.

1. Naturaleza jurídica de la responsabilidad por daños ocasionados a los usuarios del sistema social en salud

En la responsabilidad civil que surge de los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, el objeto, fundamento y características del servicio de salud; la afiliación al sistema; la forma de pago y monto de las cotizaciones; el régimen de beneficios; las garantías y deberes de los usuarios; los deberes de los empleadores; la dirección, administración y financiación del sistema; su organización, control y vigilancia; y, en fin, todo lo concerniente a las obligaciones y derechos de los integrantes del sistema, sean prestadores o usuarios, está regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias.

Poco queda a la iniciativa privada de las partes, salvo la posibilidad de escoger la entidad promotora de salud a la que tienen que afiliarse, así como la de acudir a la institución prestadora de su preferencia cuando ello es posible según las condiciones de oferta de servicios (artículo 153-4, ejusdem).

El artículo 153-2 de la Ley 100 consagra la obligación para todos los habitantes del país de afiliarse al sistema general de seguridad social en salud, por lo que todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus trabajadores al sistema. De igual manera, los trabajadores independientes o contratistas están obligados a cotizar al régimen contributivo en salud. A su turno, el artículo 157 ibidem establece los tipos de participantes en el sistema de salud, siendo éstos los afiliados mediante el régimen contributivo, los afiliados mediante el régimen subsidiado, y los participantes sin capacidad de pago que están vinculados en forma temporal mientras logran afiliarse al régimen subsidiado.

Por su parte, el artículo 183 de ese estatuto prohíbe a las entidades promotoras de salud terminar en forma unilateral la “relación contractual” con sus afiliados o negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen. No sólo la afiliación es un acto obligatorio para la población con capacidad de pago y para las EPS, sino que el monto y forma de hacer las cotizaciones también lo son, en la medida que están preestablecidos por la ley y sobre tales aspectos no existe ningún poder de negociación. De igual modo, el régimen de beneficios es inmodificable por el querer de las partes, de suerte que es muy poco lo que queda al arbitrio de la voluntad.

La afiliación se produce por una sola vez, sin que ese acto esté sujeto a negociaciones o acuerdos de ninguna especie, y a partir de ese momento los participantes del sistema no pierden tal calidad, siendo beneficiarios de todas las prestaciones asistenciales consagradas en la ley, por lo que el vínculo legal que surge del sistema de seguridad social en salud comporta una relación legal permanente. Esta relación jurídica –se reitera– se establece por una sola vez y para siempre entre el usuario y el sistema de seguridad social en salud, mas no con una empresa o entidad específica.

Como participantes del sistema de seguridad social en salud, las personas esperan una eficiente prestación del servicio que pagan mensualmente mediante un aporte económico individual o familiar financiado directamente por el afiliado, o en concurrencia entre éste y

su empleador; o bien a través de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad.

En su condición de clientes del sistema, los pacientes se presentan ante las instituciones prestadoras del servicio de salud en calidad de usuarios del servicio público de salud que administran y promueven las entidades de la seguridad social, por lo que el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario.

2. La imputación del daño a las empresas prestadoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio de salud y a sus agentes

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177) Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente, si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad.

Por supuesto que si se prueba que el perjuicio se produjo por fuera del marco funcional que la ley impone a la empresa promotora, quedará desvirtuado el juicio de atribución del hecho a la EPS; si la lesión a la integridad personal del paciente no es atribuible al quebrantamiento del deber de acción que la ley impone a la empresa sino a otra razón determinante; o, en fin, si se demuestra que el daño fue el resultado de una causa extraña o de la conducta exclusiva de la víctima.

De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley».

La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

f. Caso concreto:

La parte actora acude a esta jurisdicción en procura de la declaratoria de responsabilidad administrativa del Municipio de Tunja, de la Empresa Social del Estado Hospital San Rafael de Tunja, de SALUDCOOP E.P.S y de la CORPORACION IPS SALUDCOOP

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

BOYACA por el deceso de la menor CARLOL NICOL ALFONSO SUAREZ, el que acaeció el 17 de enero de 2013, la postura de la parte demandante se encamina señalar que los médicos de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y de la CORPORACION I.P.S. SALUDCOOP BOYACÁ actuaron de manera negligente, imperita y con violación de los reglamentos, aduce que pese a que la menor tenía un diagnóstico complicado (neumonía atípica y miocarditis aguda) le dieron salida sin que se le hubiere brindado un tratamiento adecuado y oportuno, lo que hizo que la situación de la menor se agravara, sufriendo complicaciones cardiacas y respiratorias que le produjeron la muerte. Señala además que los médicos tratantes no desplegaron el acto médico que se requería tendiente a determinar si la menor padecía de “displasia esquelética”, situación que se hizo evidente en el examen radiológico efectuado.

Los demandados aluden que la patología presentada por la menor CAROL NICOL fue una falla multiorgánica que no fue consecuencia de la presunta displasia esquelética que padecía, señalan que la causante de la referida falla fue una cardiopatía. Esbozan en su argumentación que a la menor se le atendió en la debida forma, que se siguieron los protocolos y guías específicas previstas para estos casos, que no se le negó atención. Aducen que el padecimiento fue una cardiopatía congénita, la que fue la causante del deceso. Alegan que la parte demandante no demostró la falla y que era su deber demostrarla.

Atendiendo los anteriores parámetros, procede el Despacho a efectuar el análisis del caso atendiendo los elementos necesarios para que se configure la responsabilidad de las entidades demandadas, de la siguiente manera:

1. El daño

Lo primero que debe decirse, es que no existe duda de la existencia del daño y consiste en la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, aspecto que no ha sido refutado por las entidades demandadas, la vinculada (Departamento de Boyacá), como tampoco por la aseguradora llamada en garantía.

De la existencia del daño da cuenta el certificado de defunción que se encuentra folios 26 del Cuaderno 1 del expediente del proceso y que está suscrito por el médico LEONO MONROY CORDOBA.

2. Imputación del daño

Del escrito introductorio se extrae que la parte demandante señala que las entidades demandadas incurrieron en una falla en la prestación del servicio médico puesto que no tuvieron en cuenta los diagnósticos efectuados a la madre en la etapa de gestación (ecografía pélvica transvaginal nivel III) ni los padecimientos de la menor que la llevaron a ingresar por urgencias con una sintomatología que al final tuvo un curso negativo al punto de presentar cardiopatía que confluyó en una falla multiorgánica, señalando que no obstante tales padecimientos los médicos tratantes tanto de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA como los de la CORPORACIÓN I.P.S. SALUDCOOP BOYACÁ, le dieron salida. Además, señaló que los galenos que conocieron el caso no acataron los reglamentos y normatividad a la que estaban obligados, cargo edificado en normas de carácter general, sin detenerse a señalar en específico cuales son las normas transgredidas.

Por su parte las entidades demandadas, en especial SALUDCOOP E.P.S. en Liquidación y la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, entidades a quien directamente van dirigidos los cargos, señalaron que los padecimientos que tuvieron un curso negativo no se generaron por la presunta displasia esquelética aludida por la demandante como padecimiento comprobado, señalaron que tal patología no se evidenció y que los exámenes practicados a la neonata no concluyeron en su existencia, manifestaron que las prestadoras de salud atendieron tanto a la madre como a la menor siguiendo protocolos

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

previstos para sus padecimientos, que nunca se negó la prestación de los servicios y que por tratarse de cardiopatía congénita que evolucionó en forma desfavorable, a tal punto de desencadenarse una falla multiorgánica y que el tratamiento ordenado no surtió el efecto esperado.

En punto precedente señalamos que, a efectos de determinar si las entidades demandadas incurrieron en alguna falla que les acarree la obligación de efectuar la reparación del daño sufrido por los demandantes, debe tenerse en cuenta que bajo la posición actual del Consejo de Estado, la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla en el servicio, radica en cabeza de los demandantes, quienes a través de los medios probatorios autorizados por la ley y sin que exista tarifa legal al respecto, deben demostrar que la atención fue deficiente, negligente o inexistente.

En relación con el caso concreto, debe señalarse que, a efectos de demostrar la responsabilidad de las demandadas, la única prueba allegada por la parte demandante fue la copia de las historias clínicas tanto de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y la de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, como se indica en la demanda, en las cuales se observa la atención recibida por ellas (fls. 31 a 183 C1 y 185 a 249 C.2).

A su turno, al momento de contestar la demanda, la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA allegó copia completa de la historia clínica de la madre de la menor y de CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, junto con documento. *“Transcripción de la historia clínica de la menor CAROL NICOL”*. A dichos documentos el Despacho les dará valor probatorio que corresponde a la prueba documental en este proceso, por tratarse de pruebas aducidas en la oportunidad para ello y frente a las cuales se surtió la contradicción sin que se efectuara su tacha por las demás partes. Así mismo, la integrante del extremo procesal pasivo (Hospital San Rafael de Tunja) solicitó los testimonios del médico ginecólogo obstetra perinatología NICOLAS ROMERO y del médico pediatra intensivista CARLOS MANUIEL MOJICA, mismos que fueron decretados y recaudados en audiencia de pruebas correspondiente, deposiciones que serán analizadas y valoradas por haber cumplido con los requisitos legales para su incorporación dentro del plenario. A su vez, SALUDCOOP E.S.P. en Liquidación al contestar la demanda propuso como prueba dictamen pericial, el que por la dificultad para su consecución fue objeto de renuncia por parte del apoderado judicial, misma que no fue coadyuvada por la parte demandante, sin embargo, tal desistimiento fue aceptado por el despacho en la audiencia de pruebas llevada a cabo. También fue allegado en medio magnético (CD) historia clínica de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ de la evolución de sus patologías mientras fue tratada por la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA, dichos documentos dado que fueron aducidos legalmente dentro del proceso se valorarán como señala la Ley en este proveído.

En ese orden, el Despacho valorará todas las pruebas legalmente aducidas al proceso con la finalidad de estudiar si las entidades demandadas incurrieron en alguna falla en la prestación del servicio médico y si dicha falla fue la causa del deceso de la menor, para ello en primer lugar resulta del caso analizar las anotaciones relevantes efectuadas en las historias clínicas, y luego los testimonios vertidos.

Es del caso señalar que la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE suscribió el 21 de septiembre de 2012 formato de consentimiento informado del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, luego de lo cual el galeno MAURICIO NIÑO (Ginecobstetra) la examinó señalando que tenía 38 semanas de gestación con trabajo de parto fase latente, en dicha valoración se señaló que la paciente tenía:” Sangrado *dolor postparto, necesidad de episiotomía o de cesárea, desgarros*”.

En la epicrisis continua de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL, en fecha 21 de septiembre de 2012 (fase de hospitalización 1er día), aparece valoración de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE, quien es atendida como asegurada al régimen subsidiado de salud con el siguiente cuadro clínico:

“Paciente con cuadro clínico de dolor abdominal tipo contracción con embarazo de 39 1/7 semanas, evolución de día, contracciones 1/10 de 10 sg, dolor suprapúblic, poliaquiuria, cefalea fosfenos, movimientos fetales disminuidos, salida de flujo moderado claro”.

Como diagnóstico se consignó:” Embarazo de 38 1/7 semanas por eco p. Tr 62 Pl CoAoV1 feto único vivo, displasia esquelética. Trabajo de parto fase latente”. Aparece egreso en el día 23 de septiembre de 2012. (fl. 28 a 29 Anexo 1) A folio 30 del anexo 1 del expediente del proceso aparece informe médico de controles efectuados, en él señalan 5 consultas prenatales y evolución del proceso de gestación. Se consigna proceso de gestación de forma espontánea siendo las 14:50 horas del 22 de septiembre de 2012, con un nacido vivo de 3025 gm (peso adecuado)

A folio 38 Anexo 1(historia clínica), aparece ingreso por urgencias de la señora LUZ ANGELA al HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA en fecha 09/06/2012 con sintomatología consistente en:” *dolor tipo cólico en hipogastrio, se asocia a salida de líquido claro ...*” Se ordena:” *ecografía obstétrica transvaginal*” Igual orden médica aparece en “anotaciones de enfermería” de la fecha, en la cual se consigna valoración de médico ginecólogo de turno.

A fl.41 de la historia clínica (anexo 1) aparece ingreso por urgencias de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSAQUE de fecha 3 de agosto de 2012, donde se consigna:” ... *dolor abdominal tipo contracción de corta duración... embarazo de 37 semanas...*”

Aparece constancia de ecografías practicadas el 27 de marzo, 9 de junio, 24 de julio y 14 de agosto de 2012. Aparece registro de salida de la misma fecha con sugerencia de continuar con control prenatal.

A fl.47 de la historia clínica (anexo 1) aparece consulta por ginecología de fecha 3 de septiembre de 2012, por contracciones. Se efectúa monitoría fetal.

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

A fl. 48 de la historia clínica (anexo 1) con anotación de fecha 30/09/2012, se verifica ingreso por urgencias de la señora SUAREZ NONSOQUE, se consigna paciente con contracciones.

A fls. 52 y siguientes de la historia clínica (anexo 1) aparece evolución médica de fecha 21 de septiembre de 2012 con nota de atención de parto: *“Paciente con dilatación y borramiento completos, se pasa a camilla, se recibe recién nacido, sexo femenino, a las 14 + 50 peso 3025 gm, talla 51 cm APGAR 8-10-10-10 previo pinzamiento y corte de cordón umbilical, se entrega recién nacido a pediatría para adaptación neonatal, se toma muestra par TSH, se administran 100 de oxitocina iv se realiza alumbramiento a los cinco minutos placenta tipo duncan completa, se realiza lavado y revisión uterina con salida de escasos coágulos, se lava y revisa canal vaginal encontrando desgarro medial grado II el cual se corrige con cataut cromado 00 previa infiltración con lidocaína, procedimiento sin complicaciones, se realiza masaje uterino con salida de escaso sangrado, se lava y se pasa paciente a sala de observación para alumbramiento conjunto...”*

A fl 62 de la historia clínica de la madre, aparece ecografía obstétrica de fecha 27 de marzo de 2012, la cual fue realizada a las 13.2 semanas de gestación sin ninguna observación.

El 24 de julio de 2012 (fl. 64 anexo 1) se practicó nueva ecografía obstétrica a la señora LUZ ANGELA SUAREZ en donde aparece: *“-Gestación 30 semanas 6 días por biometría – **huesos largos cortos**”* (resaltado fuera de texto)

A folio 50 de la historia clínica (anexo 1) aparece *formato de atención integrada de la embarazada y el recién nacido* de fecha 22 de septiembre de 2012, en donde se relacionan las ecografías practicadas durante el período de gestación, y cuando se refieren a aquella practicada el 14 de agosto de 2012 (35 semanas), refieren como hallazgo **displasia esquelética fetal**. Se señala: *“feto a presentación podálica que **demuestra medidas de huesos largos cortos** (29-30 sem) con una diferencia de 4 sem respecto al cc/ca”* (resaltado fuera de texto) (34-35) Al anverso del folio referido en el cuadro correspondiente al examen físico se evidencia que al efectuar la anotación correspondiente a las extremidades se señala :*“**leve encortamiento femoral, útiles normotópicas**”* (Lo en negrillas fuera de texto)

De los documentos relacionados se evidencia que la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ nació el 22 de septiembre de 2012 en el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, de parto natural y asistida con personal médico adecuado.

De la historia clínica aludida se concluye que se realizaron los controles periódicos en el proceso de gestación, se practicaron ecografías en varios momentos del proceso de formación y se atendió a la paciente en dicho centro de salud (Hospital San Rafael de

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
 Reparación Directa: 15001333300620150007300
 Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
 Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

Tunja), cuando se presentaron anomalías en el embarazo. De lo hasta ahora observado, se puede aseverar que la menor nació sana en términos generales, sin embargo, se constata de la ecografía obstétrica practicada en la semana 35 de evolución de la gestación, que el feto presentaba lo que se denomina “displasia esquelética” o al menos que tal anomalía se sospechaba.

Ahora bien, en cuanto a los efectos de una posible displasia esquelética en relación con otras morbilidades, es menester valorar la historia clínica de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ y los conceptos emitidos por los médicos NICOLAS ROMERO y CARLOS MANUEL MUJICA WALTEROS, en testimonios recaudados en el proceso, en lo pertinente. Este estudio también permitirá resolver el interrogante de si la orden de egreso dada por los médicos tratantes de la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA después de estar internada con varias patologías, era procedente o si al contrario tal prescripción no atendió protocolos previstos para ello.

En lo que respecta al servicio médico brindado por SALUDCOOP es menester referirnos a la historia clínica de la menor cuando fue atendida por dicha entidad, así las cosas, tenemos que el 22 de octubre de 2012 ingresa CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ con un mes de nacida con el siguiente cuadro clínico:

“REFIERE LA MADRE QUE ANOCHE DESDE LAS 6 PM PRESENTA IRRITABILIDAD, AL PARECER COLICO ABDOMINAL PORQUE SE "RETUERCE".
 AUMENTO DEL NUMERO DE DEPOSICIONES, ANOCHE EN 4 OCASIONES LA DEPOSICION SE HACE MAS BLANDA. HAY DISMINUCION EN LA INGESTA. NIEGA FIEBRE, NIEGA VOMITO.
 SE ALIMENTA SOLO DE LECHE MATERNA”.

RECOMENDACIONES: SE EXPLICA ADECUADA TECNICA DE LACTANCIA. SIGNOS DE ALARMA.
 PLAN TERAPEUTICO: ACETAMINOFEN, ADECUADA TECNICA DE LACTANICA”.

Se dejan las siguientes observaciones:

“NORMOCEFALA, FONTANELA NORMOTENSA.
 OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL.
 ADECUADA VENTILACION PULMONAR SIN AGREGADOS SIN RETRACIONES.
 LEVE DISTENCION, AUMENTO DE LOS RUIDOS INTESTINALES.
 CONSCIENTE ACTIVA REACTIVA”.

En la historia clínica aludida, se verifica el 13 de noviembre de 2012 ingresó por urgencias para atención en IPS de SALUDCOOP con el siguiente cuadro clínico:

“PACIENTE DE 45 DIAS DE EDAD PROCEDENTE DE TUNJA, REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN IRRITABILIDAD, DEPOSICIONES LIQUIDAS SIN MOCO, NO SANGUINOLENTAS, FETIDAS (7 VECES AL DIA), SIN EMESIS, NIEGA FIEBRE. EN OCASIONES PRSENTA RINORREA HIALINA, ESCASA NIEGA TOS. HAN SUMINISTRADO ACETAMINOFEN 15 GOTAS CADA 12 HORAS CON MEJORIA PARCIAL DE LA SINTOMATOLOGIA. ANTECEDENTES PAT. NIEGA QX NEIGA. PRODUCTO DE 2 EMBARAZO PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO AL MES :NORMAL.

RECOMENDACIONES: .

PLAN TERAPEUTICO: PACIENTE DE 45 DIAS DE EDAD CON EDA A ESTUDIO SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION. PLAN SOLICITO COPROSCOPICO PARA ESTUDIO

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
 Reparación Directa: 15001333300620150007300
 Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
 Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

DE PATOLOGIA INFECCIOSA.
 CONTROL PARA DEFINIR CONDUCTA”.

Se dejan las siguientes observaciones:

“FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA.
 NORMAL NORMAL
 RSRs SIN SOBREGREGADOS.
 OROFARINGE NO CONGESTIVA. MUCOSA ORAL HUMEDA
 RSCS RITMICOS NO SOPLOS.
 BLANDO.DEPRESIBLE. NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO MASAS.
 SIN DEFICIT APARENTE.ACTIVA, REACTIVA. MORO POSITIVO. `PRENSION
 PALMOPLANTAR POSITIVO”.

En el documento de evolución historia consulta externa de fecha 03/12/2012 aparece valoración de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ efectuado por SALUDCOOP, a través de SC CENTRAL ESPECIALISTAS TUNJA en donde se señala:

“ESTADO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES...LE PREOCUPA QUE LE INFORMARON DURANTE EL EMBARAZO QUE PRESENTABA LESIONES EN LOS BRAZOS
 RECOMENDACIONES: CONTROL Y TRAER LOS ESTUDIOS RELIZADOS..EXAMEN DE TOROIDES....RECOMENDACIONES GENERALES...”

Aparece en la historia clínica de la IPS de SALUDCOOP ingreso por urgencias el 08/12/2012 de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ con el siguiente cuadro clínico:

“PACIENTE TRAJIDA POR LA MAMA A URGENCIAS POR QUE DE CONSULTA EXTERNA REMITEN DESDE AYER PARA REVISAR RESULTADOS DE LABORATORIO ; REFIERE ACUDIO A CITA DE CONSULTA EXTERNA POR QUE HACIA EL MEDIO DIA DE AYER PRESENTO UN PICO FEBRIL NO CUANTIFICADO, LA LLEVA A CONSULTA EXTERNA EN DNDE ENCUNTRAN TEMPERATURA DE 39 GRADOS , EXAMINAN CONSIDERAN NO HAY UN FOCO EVIDENTE Y REMITEN PARA URGENCIAS PARA TOMA DE LABORATORIOS Y CONTROL CON REPORTES

LA MAMA REFIERE CUADRO CLINICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION DE RINORREA Y CONGESTION NASAL , LA MAMA NIEGA SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, NIEGA VOMITO NIEGA EDA NIEGA OTROS SINTOMAS. PACIENTE FRUTO DE SEGUNDA GESTACION EMABRAZO Y PARTO NORMAL.. DAN AYER INDICIAON DE ADMINISTRA ACETAMINOFEN, CON ESTE CEDE LA TEMPERATURA

RECOMENDACIONES: SSPC

PLAN TERAPEUTICO: LACTANTE CON CUADRO DE UN DIA DE EVOLUCION DE PICOS FEBRILES , SINTOAMS RESPIRATORISO DESDE HACE UNA SEMANA VALORAN AYER POR CONSUTLA EXTERNA Y SOLICITAN PC SE OBSERVA CH CON LEUCOCITOSIS LEVE Y NEUTROFILIA NO SOLICITARON PC , PARCIAL DE ORINA SIN SIGNSO DE IVU ... SE COSNDIERA DADO NIVEL DE SATURACION EALIZAR RX DE TORAX Y REVALORAR PACINTE IRRITABLE , SE ADMINISTRA ACETAMINOFEN 2 CC VIA ORAL SE REVALORARA”.

Se hacen las siguientes observaciones:

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

“NORMOCONFIGURADO FONTANELA NORMOTENSA ISOCORIA NORMOREACTIVA
OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL
RETRACCIONES SUBCOSTALES LEVES NO MASAS NI MEGALIAS NO SIGNOS DE
IRRITACION PERITONEA”

En documento de evoluciones de fecha diciembre 8 de 2012 luego del análisis del reporte de coproscopico se hacen el siguiente diagnóstico:

Infección intestinal bacteriana, no especificada
Bronquiolitis aguda, no especificada

En dicho documento aparece el siguiente análisis:

“PACIENTE CON CUADRO RESPIRATORIO Y DE EDA CONQUISTES DE AMEBAS EN EL COPROSCOPICO, EDA BACTERIANA, CON ANEMIA CONFIRMADA NORMOCITICA NORMOCROMICA. ACTUALMENTE SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CON MEJORIA A LA OXIGENOTERAPIA, NO DIARREA. PLAN: SE ESPERA VALORACION POR PEDIATRIA PARA DEFINIR CONDUCTA”.

En punto posterior aparece informe de pediatría con las siguientes anotaciones:

Objetivo:

“BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATRADA SIN SDR FC 110, FR 40
CARIOPULMOANR SIN SOPOLOS NIA GREGADOS
ABDOMEN BLANDO SIN DSITENSION NI MASAS, NO DOLOR
NEUROLOGICO SIN DEIFICT”

Análisis:

“CUADRO DE DIARREA DE POSIBLE ETIOLOGIA BACTERINA, NO HAY ALTO GASTO FECAL, NO HAY DESHIDRATACION NI RIESGO DE LA MISMS
PLAN SALIDIA CON ACIDO NALIDIXICO Y ZINC
CONTROL POR LA CONSULTA EXTERNA” (Lo resaltado fuera de texto)

Se verifica que en el documento de evoluciones de diciembre 19 de 2012 se valora a las 18:43 a la menor CAROL NICOL por pediatría en IPS de SALUDCOOP y aparecen las siguientes anotaciones:

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

“AL EXAMEN PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, SIGNOS LEVES DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR RETRACCIONES SUBCOSTALES LEVES Y POLIPNEA. SV: FC: 148/MIN, FR: 50/MIN, T: 36.5°C, TA: NO REGISTRA POR PROBLEMAS TÉCNICOS. FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, ISOCORIA NORMOREACTIVA. OROFARINGE BIEN.

PRECORDIO CON HIPERDINAMIA, RSCS RÍTMICOS, CON SOPLO SISTÓLICO GRADO II/IV EN FOCOS DE LA BASE. PULSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS ADECUADOS, LEVE FRIALDAD DISTAL. LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGUNDOS, RSRs MURMULLO VESICULAR ADECUADO SIN AGREGADOS. ABD BLANDO, CON HEPATOMEGALIA HIGADO A 4 CM DE REBORDE COSTAL DERECHO. RSIS POSITIVOS. EXT NO EDEMAS, PULSOS PRESENTES. LLENADO CAPILAR DISTAL PRESENTE. NEURO: ALERTA, ACTIVA, REACTIVA”.

“RX DE TORAX: **CARDIOMEGALIA** GLOBAL A EXPENSAS CAVIDADES DERECHAS, RECTIFICACION DE LA PULMONAR, CON AUMENTO DE FLUJO PULMONAR, OPACIDADES MÚLTIPLES RETICULONODULARES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES”. (lo resaltado fuera de texto)

Se efectúa el siguiente,

Análisis

“LACTANTE MENOR CON CUADRO RESPIRATORIO TOS CIANOZANTE AL INGRESO CON REQUERIMIENTO DE OXÍGENO POLIPNEA SIN MAYORES SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN CON SIGNOS DE FALLA CARDÍACA, CON SHUT DE IZQUIERDA DERECHA, CIV? Y PRESENCIA DE CARDIOMEGALIA EN RX DE TORAX, ALTA PROBABILIDAD DE CARDIOPATÍA CONGENITA CON HIPERFLUJO Y CONGESTIÓN PULMONAR SE DECIDE INICIAR MANEJO DIURÉTICO A DOSIS BAJAS, CONTROL ESTRICTO DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, OXIGENOTERAPIA, Y REALIZACIÓN URGENTE DE ECOCARDIOGRAMA.

EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE BRONCOOBSTRUCCIÓN POR LO CUAL SE CONSIDERA NO INICIAR MANEJO CON BRONCODILATADORES. PENDIENTE LABORATORIOS TOMADOS EN URGENCIAS. SE EXPLICA A LA MAMA QUIEN REFIERE ENTENDER”.

En el mismo documento aparece valoración a las 21:11 de la misma fecha con el siguiente cuadro clínico:

“AFEBRIL, HIDRATADA, NO CIANOSIS, NO RIGIDEZ NUCAL, FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA NO ABOMBADA, ACTIVO-REACTIVO, NO CIANOSIS, FC 118, FR 38, T 37, PESO SIN ROPA 4.000 GRAMOS, TALLA 53 CM

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

C/P: RSCSRS NO SOPLOS, RSRS SIN AGREGADOS, NO TIRAJES
 ABD: BLANDO, DEPRISIBLE, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO DEFENSA
 INVOLUNTARIA, RSIS POSITIVOS

CH: LEUCOCITOS 7.800, NEU 58%, HB 10.4, HCTO 29.4%, VCM 91.2, CHCM 35.4,
 PQTAS 671.000
 PCR 4.3. RX DE TORAX: CARDIOMEGALIA GLOBAL A EXPENSAS CAVIDADES
 DERECHAS, RECTIFICACION DE LA PULMONAR, CON AUEMTNO DE FLUJO
 PULMONAR, OPACIDADES MULTIPLES RETICULONODULARES EN AMBOS
 CAMPOS PULMONARES. CISURITIS
 COPROSCOPICO DEL 08 DIC 2012: QUISTES EMTAMOEBA HISTOLYTICA 2-4XC”

Se efectúa el siguiente,

Análisis

“PACIENTE CON **ANEMIA**, QUITES DE ENTAMOEBA HISTOLYTICA EN
 COPROSCOPICO DEL 08 DICIEMBRE 2012, CON **INSUFICIENCIA CARDIACA
 CONGESTIVA, CARDIOMEGALIA, CISURITIS, ALTA SOSPECHA DE CARDIOPATIA
 ESTRUCTURAL**. SE DECIDE ESTUDIO DE LA ANEMIA CON FROTIS DE SANGRE
 PERIFERICA, SE ESPERA MUESTRA DE ORINA Y COPROSCOPICO Y TOMA DE
 ECOCARDIOGRAMA.

PLAN: SS FROTIS DE SANGRE PERIFERICA, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, P DE
 ORINA, COPROSCOPICO MANEJO INSTAURADO POR PEDIATRIA” (Resaltado fuera
 de texto)

Se da el siguiente diagnóstico:

Anemia de tipo no especificado
 Insuficiencia cardiaca congestiva
 Cardiomegalia

Aparece anotación de evolución de la menor CAROL NICOL de fecha 20/12/2012 de las
 7:57 horas con el siguiente cuadro clínico:

“INGRESO A PISO

LACTANTE MENOR 2 MESES DE EDAD QUIE ASISITE A CONSULTA CON CUADRO
 RESPIRATORIO TOS CIANOZANTE AL INGRESO CON REQUERIMIENTO DE
 OXIGNEO POLIPNEA SIN MAYORES SIGNSO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL
 EXAMEN CON SIGNSO DE FALLA CARDIACA,. CON SHUT DE IZQUIERDA
 DERECHA, CIV? Y PRESENCIA DE CARDIOMEGALIA EN RX DE TORAX, ALTA
 PROBABILIDAD DE CARDIOPATIA CONGENITA CON HIPERFLUJO Y CONGESTION
 PULMONAR SE DECIDE HOSPITALIZAR POR PEDIATRIA PAR A ESTUDIO

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
 Reparación Directa: 15001333300620150007300
 Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
 Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

ANEMIA NORMOCITICA NORMOCROMICA INSUFICIENCIA CARDIACA
 CARDIOMEGALIA
 CARDIOPATIA CONGENITA ?
 CIV ?”

Se deja anotación del siguiente diagnóstico:

Cardiomiopatía, no especificada

A las 8:21 del 20 de diciembre de 2012 se tiene el siguiente cuadro clínico de la menor:

“TOS COQUELUCHOIDE CON CARDIOMEGALIA LEVE PARA ESTUDIO Y MANEJO HOSPITALARIOS, CASO PROBABLE TOS FERINA, INDICO CLARITROMICINA, TERAPIA RESPIRATORIA, MNB SALBUTAMOL, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, CONTINUA DIURETICO, SS HISOPADO FARINGEO TOS FERINA, AISLAMIENTO RESPIRATORIO”

Se plantea el siguiente diagnóstico:

Cardiomiopatía, no especificada
 Neumonía debida a clamidias

A las 14:49 horas del 20/12/2012 se efectúa nueva valoración sin ningún cambio respecto a la valoración precedente.

A las 15:16 horas de la misma fecha se tiene que la menor presenta el siguiente cuadro clínico:

“SIN DISTERMIAS, TOS HUMEDA EN DISMINUCION, REQUIRIENDO 02 SUPLEMENTARIO BAJO FLUJO NO EDEMAS. DIURESIS NORMAL. DIARREA SEMILÍQUIDA SIN SANGRE FSP CON HIPOCROMIA LIGERA Y DISMINUCION NUMERO ERITROCITOS”

Objetivo

“AEG, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN EDEMAS, BIEN PERFUNDIDO, RSCSRS SIN SOPLOS, NO CLINICA DAP. ABDOMEN BLANDO SIN DISTENSION, NO DOLOROSO, ACTIVO, REACTIVO, SIN SIGNOS FOCALIZACIÓN”

Análisis

“NEUMONIA POSIBLE ASOCIACION A CARDIOPATIA, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, VIGILAR BALANCE HIDRICO”

Se plantea como diagnóstico el de Neumonía debida a clamidias.

Siendo las 16.12 horas del mismo día, de conformidad con el informe de evoluciones del 19 de diciembre de 2012 se señala:

“PTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SV: FC 120 X MIN FR 24 X MIN SAT 90% O2 1/2 LT

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS ROSADAS, NO ADENOPATIAS. C/P RS CS RITMICOS Y RS RS RONCUS OCACIONALES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, NO MASAS, NO SIP. EXTREMIDADES NO EDEMAS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES. NEUROLOGICO ACTIVA REACTIVA”.

Análisis

“PTE CON EVOLUCION ESTABLE, CON DISMINUCION DE SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO PICOS FEBRILES , CONTINUA REQUERIMIENTO DE O2 A BAJO FLUJO . SE TOMO ISOPADO PARA BORDETELLA . PEND ECOCARDIOGRAMA” .

Diagnóstico

Neumonía bacteriana, no especificada

A las 17:27 horas del 20/12/2012 se dejan las siguientes anotaciones:

“PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVA, REACTIVA, AFEBRIL, CON OXIGENO SUPLEMENTARIO DADO POR CANULA NASAL A 0,5LTS,SISN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA”.

Objetivo

“RSRS RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SE REALIZA INHALOTERAPIA+DRENAJE

POSTURAL+PERCUCION+VIBRACION+LAVADO NASAL”.

Análisis

“RTA TOS SECA RRINORREA HIALINA+PACIENTE DISFONICA

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

EVOLUCION ELABORADA POR MARITZA MOLINA ROJAS (TERAPEUTA RESPIRATORIA) “

Se consigna como diagnóstico: Cardiomiopatía, no especificada

El 21 de diciembre de 2012 siendo las 00:47 horas la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ es nuevamente valorada con el siguiente cuadro clínico:

“LA MADRE REFIERE MEJORIA POSTERIOR A INICIO DE MANEJO ANTIBIOTIC. NO FIEBRE, ADECUADA ACEPTACION A LA LACTANCIA MATERNA.

PACIENTE CONSCIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES SIN SX DE DIFICULTAD RESPIRATORIA CON SV: FC: 144 POR MIN, FR: 40 POR MIN, TEMP. 36.8, GRADOS, SPO2: 90% CON O2 POR CN A 1/8 DE LT. FONTANELA NORMOTENSA, PUPILAS RACTIVAS ISOCORICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA. RRSR: ADECUADA VENTILACION PULMONAR SIN AGREGADO SIN RETRACIONES COSTALES, RSCS: RITMICOS SIN SOPLOS SIN OTROS AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, SIN SX DE IRRITACION PERITONEAL, SIN MASAS SIN DOLOR. G-U: NORMAL. EXTREMIDADES EUTROFICAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL. NEUROLOGICO: CONSCIENTE ACTIVA”.

Análisis

“PACIENTE CON NEUMONIA POR POSIBLE GERMENA TIPICO, HOY DIA1 DEMANEJO ANTIBIOTICO, PACIENTESINS X DE DIFICULTAD RESPIRATORIAO. IGUAL MANEJO, PENDIENTE REPORTE DE HISOPADO FARINGEOS. PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA”

Se determina como diagnóstico: Bronconeumonía no especificada

A las 8:55 de la mañana del 21 de diciembre de 2012 se valora a la menor con el siguiente resultado:

“DISMINUCION DE TOS Y MEJORIA PATRON RESPIRATORIO, REQUIRIENDO O2 SUPLEMENTARIO BAJO FLUJO SDIN DISTERMIAS HA TOLERADO BIEN VIA ORAL DIURESIS NORMAL, DEPOSICIONES SEMILIQUIDAS SIN SANGRE 5 AYER. PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA ORDENADO A DESCARTAR CARDIOPATIA CONGENITA, MIOCARDITIS

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

AEG, AFEBRIL,, HIDRATADO, NO ASPECTO TOXICO, SDR LEVES, DISFONIA MODERADA, RSRs RONCUS ESCASOS, BIEN PERFUNDIDO, RSCRS SIN SOPLOS, PULSOS PERIFERICOS AUMENTADOS, ABDOMEN GLOBOSO, DEPRESIBLE, BORDE HEPATICO PALPABLE, 3 CMS DRCD, ACTIVO, REACTIVO. NO DEFICIT NEUROLOGICO NI SIGNOS NEUROINFECCION”.

Análisis

“CUADRO CLINICO SUGESTIVO NEUMONIA ATIPICA, ASOCIADA A POSIBLE CARDIOPATIA DAP SIN DESCARTARSE MIOCARDITIS AGUDA, CONTINUA MANEJO INDICADO CLARITROMICINA, DIURETICO, PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, INHALADORES Y TERAPIA RESPIRATORIA. VIGIALR BALANCE HIDRICO Y PATRON RESPIRATORIOP, PENDIENTE REPORTE HISOPADO FARINGEO INFLUENZA. SS ECO ABDOMINAL, CPK,CPK-MB”

Diagnóstico: Miocarditis aguda no especificada
Neumonía debida a clamidias

A la 10:01 del 21/12/2021 la evolución médica de la menor es la siguiente:

“PACIENTE EN AEG, ALERTA, TRANQUILA, ACTIVA Y REACTIVA A ESTIMULOS EXTERNOS, SU MADRE REFIERE QUE YA ESTA MEJOR, CONTINUA CON TOS OCASIONAL PERO NO CIANOZANTE, CONGESTION NASAL, BUEN PATRON DE SUEÑO, MUCOSA ORAL HUMEDA, CON SDR LEVES, MEJOR PATRON RESPIRATORIO, CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 1/8 LT/MIN, SPO2 89%,

A LA AUSCULTACION OCASIONALES RONCUS BILATERALES, SE REALIZA MNB CON SALBUTAMOL, DRENAJE POSTURAL, MOVILIZACIONES TORAXICAS, LAVADO NASAL Y ESTIMULO DE TOS, SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN ESCASA CANTIDAD POR NARIZ Y HIALINAS POR BOCA, RE REALIZA INHALOTERAPIA CON BECLOMETASONA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO, QUEDA ESTABLE Y SIN COMPLICACIONES EN LA UNIDAD EN COMPAÑIA DE SU MADRE”

A las 14:35 horas el pronóstico médico según valoración efectuada es el que sigue:

“MEJOR EVOLUCION, YA SINTOSCIANOZANTE, EN MANEJO DE NEUMONIA ATIPICA CON CLARITROMICINADIA1, CON SOSPECHA DE CARDIOPATIA POR HALLAZGOS DE CARDIOMEGLIA Y HEPATOMEGLIA LEVE CLINICAMENTE, SE REALIZARÁ ECOGRAFIA ABDOMINAL Y ECOCARDIGRAMA, NO SE DESCARTA MIOCARDITIS DADA PRESENCIA DE CKMB ALTA, AUNQUE SIN TAQUICARDIA NI DE HIPOPERFUSION O BAJO GASTO. NO SERIA LA EVOLUION TIPICA DE UNA MIOCARDITIS. MANTIENE BALANCES NEGATIVOS, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, SE REQUIERE PARA COMPLETAR ESTUDIOS REALIZACION DE ECOCARGIOGRAMA SEGUN RESULTADOS SE SUSPENDERA MANEJO ANTICONGESTIVO ACTUAL, SE CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO, VIGILANCIA DE GASTO URINARIO. SEGUN EVOLUCION SE TOMARA TROPONINA PARA DETERMINAR COMPROMISO MIOCARDICO. TIENE PRUEBAS DE FUNCION RENAL NORMALES. SE EXPLICA AL ,PADRE QUIEN REFIERE ENTENDER”.

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

A las 15:16 del mismo día se observa reporte de ecografía abdominal con el siguiente resultado: Se descarta hepatomegalia, se deja diurético cada 12 horas, según reporte de ecocardiograma se suspenderá.

En las horas y días subsiguientes se presenta una evolución favorable.

A las 14:08 del 25 de diciembre de 2012 la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, quien continúa hospitalizada en la I.P.S. de SALUDCOOP, es nuevamente valorada señalando el siguiente cuadro clínico:

“PACIENTE QUE PRESENTA PICO FEBRIL NO SE OBSERVA FOCO ALEXAMENCLINICO, CEDECON ACETAMINOFEN NO SE ASOCIA NINGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA (DIARREA VOMITO HIPOREXIA.) SE COMENTA A PEDIATRA DE TURNO SE ESPERAN INDICACIONES”.

A las 17:59 del 25/12/2012 la paciente es valorada y se hace anotación del siguiente cuadro clínico:

“PACIENTE EN AEG, ALERTA, COLABORADORA, TRANQUILA, ACTIVA Y REACTIVA A ESTIMULOS EXTERNOS, SU MADRE REFIERE QUE LA VE MEJOR, PRESENTA TOS OCASIONAL, HOY PICO FEBRIL HACIA MEDIO DIA, MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA, SIN SDR, ADECUADO PATRON RESPIRATORIO, CON OXIGENO POR CANULA NASAL A 1/16 LT/MIN, SPO2 88%, A LA AUSCULTACION NO AGREGADOS PULMONARES, ADECUADA VENTILACION, SE REALIZA MNB CON SALBUTAMOL, DRENAJE POSTURAL, KINESIOTERAPIA DE TORAX, LAVADO NASAL, ESTIMULO DE TOS, SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN ESCASA CANTIDAD POR NARIZ, INHALOTERAPIA, PACIENTE TOLERA PROCEDIMIENTO, QUEDA ESTABLE Y SIN COMPLICACIONES EN LA UNIDAD EN COMPAÑIA DE SU MADRE”.

A las 19:25 horas del 25/12/2012 la menor CAROL NICOL tiene un pico febril que se documenta así:

“SE ATIENDE LLAMADO DE MEDICO HOSPITALARIO QUIEN INDICA QUE LA PACIENTE HA PRESENTADO 1 PICO FEBRIL ASILADO, EN CUANTO EVOLUCION CLINICA HA DISMINUIDO TOS, ACEPTA VIAL CON MINIMOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENO, ACTUALMENTE CON ACCESO VENOSO EN YUGULAR EXTERNA IZQUIERDA.

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

ACEPTABLE ESTADO GENERAL, SIN SDR, FC 110, FR 40
 CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS MURALES, MV SIMETRICO SIN
 SOPLOS
 ABDOMEN Blando SIN MASA
 NEUROLOGICO SIN DEFICT
 PACIENTE CON CUADRO FEBRIL CON EVOLUCIÓN SATISFACTORIA DESDE EL PUNTO
 DE VISTA RESPIRATORIA, POR LO TANTO SE CONSIDERA QUE LA FIEBRE PUEDE
 SER SECUNDARIA A CATETER, POR LO CUAL SE DEBE RETIRAR CATETER, CH,
 PCR, CULTIVO PUNTA CATETER”.

En anotaciones posteriores se indica por parte de los galenos tratantes que la menor tiene una mejoría, no obstante, presenta SDR leves y tos seca en accesos. (ver anotación 9:02 del 2012/12/09)

En anotación realizada a las 16:11 horas del 27 de diciembre de 2012 se refiere el médico tratante (cardiólogo pediatra) al resultado del examen ecocardiograma así:

“SE REALIZA ECOCARDIOGRAMA:

- 1- DISFUNCION SISTOLICA DEL VI CON ALTERACION DE LA MORFOLOGIA, GLOBOSO fa, 20% fe: 40%
- 2- EDEMA / INFILTRACION DEL MIOCARDIO CON DIAMETROS DE 7 MM EN EL SEPTO
- 3- DERRAME PERICARDICO PEQUEÑO DE 3MM
- 4- CIA DE 5 MM CON CC DE I. D
- 5 MIOCARDITIS VIRAL ?

SE SUGIERE INICIAR INMUNOGLOBULINAS CON NIVEL DE EVIDENCIA 2 a, PARA MANEJO DE LA MIOCARDITIS Y CONTINUAR FUROSEMIDA”

Diagnóstico:

Miocarditis aguda, no especificada

Luego del resultado señalado, la evolución médica evidenciada en las anotaciones plasmadas en la historia clínica de la IPS de SALUDCOOP, permiten constatar un curso favorable, no obstante, los padecimientos diagnosticados: Neumonía con posible miocarditis (FALLA SISTOLICA VI)y neumonía debida a clamidias. Como tratamiento se aplica inmunoglobulina.

El día 29 de diciembre de 2012 en la H.C. de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ siendo las 9:38 horas, además de la evolución clínica que se venía presentando, se constata por los galenos tratantes lo siguiente:

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

“PACIENTE CON LESIONES EN BOCA Y LENGUA DE MUJET MOTIVO POR EL CUAL SE INICIA NISTATINA”

En hora posterior del mismo día (12.31 horas) se determina como diagnóstico: MIOCARDITIS AGUDA, NEUMONIA ATIPICA, CIA, CANDIDIASIS ORAL

En las valoraciones posteriores se dejan anotaciones de evolución favorable de las patologías de la menor CAROL NICOL.

Llegado el día 8 de enero de 2013 después de estadía en IPS de SALUDCOOP con las siguientes condiciones (11:57 h) se evidencia lo siguiente:

“PTE CASC DE 3 MESES DE VIDA CON DX
NEUMONIA ATIPICA TRATADA
MIOCARDITIS AGUDA
CANDIDIASIS ORAL RESULETA S/ NO HA PRESENTADO EPISODIOS DE TOS, NO PICOS FEBRILES
PTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SV: FC 120 X MIN FR 24 X MIN SAT 98% O2 1/2 LT C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, CONJUNTIVAS ROSADAS, NO ADENOPATIAS.
C/P RS CS RITMICOS Y RS RS SIN SOBREGREGADOS
ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, NO MASAS, NO SIP.
EXTREMIDADES NO EDEMAS. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.
NEUROLOGICO ACTIVA REACTIVA.
PTE CON EVOLUCION ESTABLE, NO HA PRESENTADO DETERIORO CARDIOVASCULAR , NO SINTOMAS RESPIRATORIOS , CONTINUA IGUAL MANEJO MEDICO , PENDIENTE CONFIRMACION DE O2 DOMICILIARIO PARA EGRESO CON INDICACIONES DADAS POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA”

Aparece en la HC de la menor CAROL NICOL anotación del día 8 de enero de 2013 a las 12:14 horas orden de salida prescribiendo:

“SE ENVIA CON OXIGENO DOMICILIARIO Y CON TRATAMIENTO CON FUROSEMIDA, EPIRONOLACTONA, ENALAPRIL TV SEGUIMEINTO AMBULATORIO PEDIATRIA Y CARDIOLOGÍA PEDIATRICA”

En la historia clínica en estudio, aparecen anotaciones de medicamentos suministrados a la menor estando internada y con posterioridad al alta recibida, además de exámenes practicados, entre ellos se especifica por considerarlo relevante, el practicado el 21/12/2021: ULTRASONOGRAFIA ABDOMEN TOTAL. Resultado: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA PROBABLE CARDIOPATIA CONGENITA.

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

En archivos contenidos en cd aportado por la demandada SALUDCOOP E.P.S. aparece informe de evoluciones de enero 11 de 2013, dicho documento trae consignada anotación de la misma fecha a las 13:23 horas en donde consta:

“SE ENCUENTRA PACIENTE EN MAL ESTADO GENENRAL, CON O2 DADO POR HOOD CON UAN FIO2 DEL 100%, SE TOMA MUESTRTA DE GASES ARTERIALES REPORATNDO ACIDEMIA METABOLICA SEVERA, SIN DISFUCION PULMAONR, PACIENTE TOELRA PROCEDIMEINTO”.

Aparece como diagnóstico: Meningitis, no especificada

A las 13:43 horas aparece el siguiente cuadro clínico:

“PACIENTE LACTANTE MAYOR QUIEN INGRESA CON CUADRO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA , Y DESIDRATACION SEVERA , CON LIMITACION PARA LA CONSECUION DE ACCESO VENOSO PERIFERICO , Y POSTERIOR A MULTIPLES INTENTOS SE PORCEDE A REALIZACION DE IMPLANTACION DE CATATER POR VENODISECCION.

“” SE REALIZA VENODISECCION DE VENA FEMORAL DERECHA BAJO ANESTESIA LOCAL , CON IMPLANTACION DE CATATER FEMORAL BAJO VISION DIRECTA 24 FR COMPROBANDO RETORNO Y PERMEABILIDA , SE REALIZA FIJACION DEL CATATER CON PROLENE 4/0 , PROCEDIMIENTO SIN COMPLCIACIONES “””””

Análisis

“PACIENTE ESTABLE, CON PERMEABILIDAD VENOSA POR CATATER FEMORAL DERECHO, CONTINUAR MANEJO POR PEDIATRIA”.

Diagnóstico

Deshidratación severa

A las 13:47 horas del 11/01/2013 la menor es valorada por pediatría y se hace la siguiente anotación:

“PTE CON DESHIDRATACION SEEVERA, QUIEN REQUIERE DE UN ACCESO VENOSO URGENTE, SIN POSIBILIDAD DE CANALIZAR CON RIESGO METABOLICO PLAN PUNCION INTRAOSEA EN MII, SE LE EXPLICA AMPLIAMENTE A LA MADRE LOS BENEFICIOS, LOS RIESGOS Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES, PERO EN ESTE MOMENTO LA VIDA DE LA NIÑA DEPENDE DE UN ADECUADO ACCESO PARA INICIAR REANIMACION LIQUIDA

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

EL PROCEDIMIENTO SE REALIZA PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON EL DR BORDA (PEDIATRA) y con el dr cristian rojas ortopedista, EL CUAL SE HACE CON YELCO 16, EL CUAL SE TAPO Y LUEGO SE CONSIGUE LA AGUJA DE PUNCION DE MEDULA OSEA POR ESTE MEDIO SE INFUNDEN 15 CC, Y LUEGO LLEGA EL CIRUJANO PEDIATRA DR. ESCOBAR QUIEN DECIDE REALIZAR UNA VENODISECCION FEMORALLA CUAL ES EXITOSA Y SE RETIRA EL ACCESO INTRAOSEO”.

A las 14:24 horas del 11/01/2013 se valora a la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ haciendo la siguiente anotación respecto a su cuadro clínico:

“DESDE HOY EN LA MAÑANA TOS SECA CONSTANTE, CON ADINAMIA, HIPOREXIA Y AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO REFIERE MADRE. NO HA NOTADO FIEBRE, NO VOMITO, DIURESIS Y DEPOSICIONES +. NO APNEAS, NO SANGRADOS MADRE ASEGURA QUE HASTA ANOCHE LA MENOR SE ENCONTRABA EB BUEN ESTADO, TOLERANDO BIEN VIA ORAL.

ESTUVO HOSPITALIZADA HASTA HACE 3 DIAS POR CUADRO DE NEUMONITIS ATIPICA VS. VIRAL CON MIOCARDITIS SECUNDARIA CON DISFUNCION FUNCION VENTRICULAR IZQUIERDA MANEJO ANTICONGESTIVO INIDCADO CARDIOLIGIA PEDIATRICA ENALAPRIL, FUROSEMIDA Y ESPIRONOLACTOMA, MAS INHALADORES SALBUTAMOL Y BECLOMEATASONA Y 02 SUPLEMENTARIO BAJO FLUJO

RECIBIO DOSIS IGG 2 GRS-KILO Y COMPLETO 14 DIAS CLARITROMICINA. TIENE PENDIENTE REPORTE HISOPADO FARINGEO PARA INFLUENZA Y BORDETELLA

TIENE HEMOCULTIVO NEGATIVO Y CULTIVO **PUNTA CATETER SUGESTIVO CONTAMINACION** MUESTRA INMUNIZACIONES DE RN UNICAMENTE PESO AL EGRESO 4 KG EVIDENCIANDOSE GANANCIA PONDERAL DISMINUIDA INGRESA EN MAL ESTADO GENERAL, HIPOTERMICA, MAL PERFUNDIDA, PALIDA, CON PULSOS PERIFERICOS TENUES, ACCESOS TOS SECA CONTINUOS, SAT. 02 76% CN 1/8 LIT.MIN, LLANTO SIN LAGRIMAS, HIPOACTIVO, REACTIVO, CON HIPEREXTENSION CUELLO, QUEJIDO ESPIRATORIO, SDR LEVES, RSRs SIMETRICOS SIN AGREGADOS, RSCSRs SIN SOPLOS, NO EDEMAS, ABDOMEN BLANDO SIN DISTENCION, NO DOLOROSO, SIN MASAS NI VICEROMEGALIAS. FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA. ERITEMA MARCADO AREA DEL PAÑAL CON LESIONES FISURADAS SANGRANTES.

GASES ARTERIALES CON ACIDEMIA METABOLICA SEVERA PH 6,97 HCO3 6,7 PCO2 16.4 PO2 263 CON FI02 100% RX TORAX CON CARDIOMEGALIA LEVE INDICE CARDIACO 0,63 Y CON INFILTRADOS INTERSTICIALES MAS LOCALIZADOS LOBULOS SUPERIORES. NO CONSOLIDACIONES NI SIGNOS DERRAME. LACTANTEMENORCONCARDIPATIA CONGENITATIPOCIA Y CIVCOMPLICADO ADEMA SPORMIOCARDITIS MAS POSIBLEMENTE SECUNDARIA A NEUMOBNIA VIRAL VS. ATIPICA TRATADA, SE INIDCA ESTUDIO Y MANEJO HOSPITALARIOS, 02 PARA SAT. 905, HIDRATACION IV CON ACCESO VENOSO DIFICIL POR DHT SEVERA ANTE LO CUAL LUEGO DE INTENTAR ACCESO VENOSOS PERIFERICO SE REALIZA POR ANESTESIA ACCESO INTRAOSEO Y LUEGO POR CIRUGIA PEDIATRICA VENODISECCION FEMORAL DER. SIN SIGNOA ACTUALES DE FALLA VENTILATORIA SIN EMBARGO RIESGO DE DETERIORO, CONTINUA MANEJO ANTICONEGTIVO FUROSEEMIDA IV, ENALAPRIL, ESPIRONOLACTONA ORALES, AMPISULBACTAM IV , Y SS CH-PCR-GLICEMIA-SODIO, POTASIO, CALCIO, BUN, CREATININA, TP, TPT, P DEO, ECOCARDIOGRAMA PEDIATRICO PRIORITARIO, MONITORIA CARDIORESPIRATORIA CONTINUA CONTROL GASES ARTERIALES LUEGO DE BOLO BICARBONATO SODIO INDICADO. PRONOSTICO RESERVADO, ALTO RIESGO DE PROGRESION A FALLA VENTILATORIA Y CIRCULATORIA POR LO

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja

Reparación Directa: 15001333300620150007300

Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS

Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

CUAL SE REMITE A UCI PEDIATRICA. SE EXPLICA A MADRE".(lo en negrilla fuera de texto)

Diagnóstico:

Desnutrición proteicocalorica moderada
 Otros trastornos del equilibrio de electrolitos y de líquidos no clasificados
 Miocarditis aguda, no especificada
 Neumonía viral no especificada
 Defecto del tabique ventricular
 Defecto del tabique auricular

A las 15:41 horas del 11/01/2013 se valora y se hace la siguiente anotación:

"PACIENTE MAL ESTADO GENERAL CON IMINENCIA DE FALLA RESPIRATORIA SE TRASLADA A SALA DE REANIMACION SE AVISA A PEDIATRA DE TURNO PACIENTE REQUIERE IOT DE UGENCIA SE REALIZA RESERVA SANGUINEA SE SOLICITA GASIMETRIA DE CONTROL PENDIENTE REMISION AUCIP".

Diagnóstico: Insuficiencia respiratoria aguda.

A las 17:13 del 11/01/2013 se valora por pediatría con las siguientes observaciones:

"AUMENTO DEL TRABAJO RESPIRATORIO CON MEJOR PERUSION DISTAL, OLIGOANURIA. NO CONVULSIONES,

ESCASO SANGRADO NASAL AL PARECER TRAUMATICO POST SUCCION. CH LUEOCITOSIS MARCADA CON NEUTROFILIA POSIBLE SECUNDARIAS A ESTRES, ANEMIA MODERADA HB 8 HTO 24 PCR NEGATIVA HIPONATREMIA SODIO 120 POTASIO 5,2 LIMITE SUPERIOR, CLORO NORMAL. PENDIENTE TP -TPT. PRUEBAS FUNCION RENAL, ECOCARDIOGRAMA NO HA REQUERIDO SOPORTE INOTROPICO

SDR MODERADOS, SAT. 02 98% 02 HOOD FI023 100%, LLENADO CAPILAR 3 SEG. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DISMINUIDOS, ABDOMNE BLANDO SIN DISTENCION, HIPOACTIVO, REACTIVO, FONTANELA NORMOTENSA.

INMINENCIA DE FALLA VENTILATORIA, SE DECIDE IOT PREVIA SEDACION Y RELAJACION MIDAZOLAM-VECURONIO TOT 4 FIJO EN 10,5 CMS SIN COMPLICACIONES, SE INICIA SOPORTE VENTILACION MECANICA CONVENCIONAL PIM 25 PEEP 5 IMV 40 TI 0,4 CON ADECUADA EXPANSION TORACICA, CONTINUA REPOSICION VOLUMEN POR DHT HIPONATREMICA, SE INDICA TRASFUDIR 80 CC GRE EN 2 HORAS, VIGIALR DIURESIS Y ESTABILIDAD HEMODINAMICA, CONTINUA MANEJO ATB AMPISULBACTAM, AUN SIN DESCARTARSE SEPSIS PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA ORDENADO Y REMISION UCI PEDIATRICA, ENTRETANTO SE

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

TRASLADA A UCI ADULTOS ESTA INSTUCION POR URGENCIA VITAL. SS CONTROL GASES ARTERIALES, ELECTROLITOS SERICOS”.

Diagnóstico

Otros trastornos del equilibrio de los electrólitos y de los líquidos, no clasificados
DHT HIPONETRMICA SEVERA
MIOCARDITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA
DEFECTO DEL TABIQUE AURICULAR

Aparecen en informe de evolución referido medicamentos suministrados y ayudas diagnósticas y terapéuticas practicadas. También se consignan notas de enfermería de la evolución de la menor en su segundo ingreso a la IPS.

Se deja anotación a las 20:04 del 11/01/2013 con el siguiente decurso:

“PTE ES LLEVADA POR PERSONAL DE AMBULANCIA A UCI PEDIATRICA DE HOSPITAL SAN RAFAEL, VA CON TOT CONECTADO A VENTILADOR DE TRANSPORTE SOG ABOCAL, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, VENODISECCION FEMORAL DERECHA PASANDO SSN A 25CC/H, SONDA VESICAL CONECTADA A BOLSA RECOLECTORA CON CONTENIDO DE ORINA CLARA”.

Siguiendo con el análisis de la evolución de las patologías de la menor, el Despacho evidencia Anexo 1 con historia clínica de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, en el que consta la siguiente evolución médica en su estancia en el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA:

A folio 62 del anexo 1 del expediente (historia clínica Hospital San Rafael de Tunja) aparece formato de consentimiento informado sin fecha en donde aparece diagnóstico efectuado por la profesional pediatra ALEXANDRA MONROY CORDOBA, señalando una *falla renal oligurica sho mixto*, que implicó una diálisis peritoneal y que conllevó a la muerte de la menor por falla renal. En ella aparece como alternativa de tratamiento la hemodiafiltración, pero por su condición hemodinámica resultaba más riesgosa.

Aparece también formato de consentimiento informado sin fecha (fl.64 Anexo 1) en donde aparece como responsable la misma médica pediatra, en donde aparece como diagnóstico anemia lo que obligaba a efectuar transfusión sanguínea glóbulos rojos para evitar riesgo de shock y compromiso hemodinámico.

A folio 65 de la historia clínica de la menor (anexo 1) aparece formato de consentimiento médico informado de fecha 12701/2012 en el que aparece como profesional responsable el doctor WILLIAM MURCIA y se consigna como diagnóstico falla renal aguda y el procedimiento a seguir el de colocación de catéter de diálisis peritoneal.

En lo que respecta a la historia clínica de la menor tenemos que a folio 66 (Anexo 1 expediente) aparece epicrisis elaborada por la pediatra ALEXANDRA MONROY

CORDOBA en ella se describe la evolución clínica de la menor CAROL NICOL, así: a) Ingresa al Hospital San Rafael de Tunja remitida de Salucoop por falla ventilatoria. Paciente de cuatro meses de edad con cuadro clínico de 16 horas de evolución consistente en hiporexia, poca succión, andimia, astenia asociado a episodios de tos seca cianosante, por lo que la madre administró 2 puf de salbutamol, posteriormente presenta supradesviación de la mirada y extensión de la cabeza, con cianosis generalizada motivo por la cual se lleva al servicio de urgencias de la clínica de Saludcoop de donde remiten por cuadro de tos seca continua, con aumento del trabajo respiratorio y andimia, hiporexia que según la madre la asocia con la administración de salbutamol inhalado, refieren que estuvo hospitalizada hasta hace 3 días por cuadro sugestivo de miocarditis secundaria a neumonía viral vs atípica, egreso por mejoría con manejo anti congestivo indicado por cardiología pediátrica con enalapril, rurosemida, espirolactona y con inhaladores salbutamol y beclometasona, recibe IM inmunizaciones dosis de RN. b) Toman paraclínicos en Saludcoop que reportan: gases arteriales con academia metabólica severa ph: 6,97, hco3, 6,7, po2:26,3, FIO2: 100%, PCO2:16,4 RX de tórax con cardiomegalia moderada, índice cardiorácico de 0,63 al ingreso a urgencias de saludcocop administran oxígeno por hood consiguiendo adecuada saturación, le intentan acceso venoso, pero encuentran marcada deshidratación. c) Paciente es valorada nuevamente encuentran inminencia de falla ventilatoria deciden realizar intubación orotraqueal y remiten por necesidad de UCI pediátrica. d) Aparecen como antecedentes prenatales: " durante el embarazo le realizaron una ecografía la cual según la madre encontraron acortamiento de huesos de las extremidades enanismo??..." Diagnóstico de ingreso: "1. Síndrome broncoobstructivo; 2. Insuficiencia respiratoria tipo II; 3. Deshidratación severa; 4. Shok séptico; 5 Miocardiopatía hipertrófica; 6. CIA- CIV; 7. Desnutrición crónica; 8. Trastorno hidro/electrolítico: hiponatremia moderada; 9. SX convulsivo 2rio a 6; 10. Trastorno acido/base: acidosis metabólica descompensadas; 11. Dermatitis en área genital". e) En el día hospitalario 1 se señala como diagnóstico: "SINDROME BRONCOOBSTRUCTIVO SEVERO, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TIPO II DESHIDRACIONSEVERA, SHOCK HIPOVOLEMICO, SÈPTICO, CARDIOGENICO MIOCARDIOPATIA DILATADA 2 A MIOCARDITIS INFECCIONASA, FALLA CARDIACA SECUNDARIA, CIA-CIV, INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AGUDIZADA, DESNUTRICION CRÓNICA, TANSTORNO HIDRO/ELECTROLÍTICO: HIPONATREMIA, SX COMPULISVO 2RIO A 10, TRANSTORNO ACIDO/BASE: ACIDOSIS METABOLICA DESCOMPENSADA, DERMATITIS EN AREA GENITAL, ERROR DEL METABOLISMO". f) En el día 2 de hospitalización la menor tiene el mismo diagnóstico pese al procedimiento ordenado, e igual diagnóstico en el día 3 de hospitalización. g) En el día 4 aparece el siguiente diagnóstico: "INSUFICIENCIA RESPIRATORIA MIXT TIPO I Y II SEVERO DESGIDRATAACION SEVERA CORREGIDA SHOCK MIXTO HIPOVOLEMICO SÈPTICO CARDIOGENICO MIOCARDIOPATIA DILATADA 2 A MIOCARDITIS INFECCIOSA FALLA ORGANICA MULTIPLE RESPIRATORIA + HERMODINAMICA + RENAL + SUKPRARENAL+ DIFUNCION HEPATICA + HEMATOLOGICA ANTECEDENTE DE CIAL – CIV INJURIA RENAL CRONICA AGUDIZADA TRANSTORNO HIDRO/ELECTROLITICO: HIPONATREMIA, HIPERFOSFATEMIA SX CONVUSIVO 2 RIO TRANSTORNO ACIDO/BASE: ACIDOSIS METABOLICA DESCOMPENSADA TRANSTORNO ELECTROLITICO EN CORRECCION SOSPECHA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EXTRAINSITITUCIONAL, HIPERLACTEMIA TIPO A DERMATITIS EN AREA GENITAL DESNUTRICION CRONICA ERROR DE METABOLISMO". h) En el día de hospitalización 5 aparece el mismo cuadro clínico, presentando: "hipotensión progresiva con descenso de FC. Curva de arteria que sugiere hipovolémica, braquicardia e hipotensión progresiva" por lo que fallece. i) Como diagnóstico de egreso se plasma el mismo del último día de atención.

La evolución médica de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ considera el despacho necesario contrastarla con las manifestaciones hechas por los galenos llamados por un integrante del extremo procesal pasivo (E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA) a rendir testimonio, así las cosas se tiene que en la deposición efectuada por el médico ginecólogo materno fetal perinatólogo NICOLAS ROMERO, quien es

perinatologo del HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y depuso sobre las circunstancias relacionadas con el feto en proceso de gestación por ser del resorte de su especialidad. No obstante definió miocardiopatía como *“un proceso inflamatorio cardíaco, que también puede ocurrir en útero o puede ocurrir extra útero, y ese proceso inflamatorio no es evidentemente el proceso patológico en si mismo, es una respuesta inflamatoria es una respuesta a un evento externo a otras condiciones”...* *“la miocardiopatía puede ser generada por múltiples razones, una miocardiopatía se refiere a procesos inflamatorios en la estructura de la fibra miocárdica que puede ser por procesos infecciosos, por procesos autoinmunes por ejemplo por enfermedades inmunológicas maternas transferidas al feto o por enfermedades que ha adquirido el feto después del nacimiento”*. Frente a la pregunta efectuada por la apoderada de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL respecto al concepto de displasia esquelética nivel III, reseñó: *“Las displasias esqueléticas se refieren a alteraciones en la formación de huesos y cartílagos, entonces nosotros hablamos de una displasia en relación a un trastorno en el desarrollo en el crecimiento osteomuscular, se puede detectar incluso antes del nacimiento, se puede detectar por ecografía, y no es tan complejo identificar a los pacientes que tienen ese riesgo dado que una de las manifestaciones más importantes es el acortamiento de los huesos largos, cuando hablo de huesos largos hablo de fémur, tibia, peroné, humero, cúbito y radio, pero en todas las ecografías básicas se mide el fémur, al medir el fémur es fácil encontrar que estamos debajo de los percentiles adecuados, nosotros hablamos de un bebé que tenga huesos largos cortos cuando están por debajo del percentil 5, sin embargo para hablar displasia, por ejemplo el enanismo que es la acondroplasia, es una displasia esquelética, la displasia se detecta porque el hueso es tan corto que está por debajo del percentil 1, cuando yo hablo de percentiles me refiero a que cuando tomamos una población grande, entonces el promedio de las personas siempre están en la mitad, en la mediana, desde el punto de vista estadístico, entonces el valor del tamaño de los huesos no es una medida taxativa no es único, yo no puedo decir que un bebe de 20 semanas el fémur debe medir tanto y si no mide eso está anormal, es un rango y ese rango va desde el percentil 10 hasta el percentil 90, cuando un hueso de esos está muy corto, hablamos de huesos largos cortos, pero eso está asociado a un sinnúmero de circunstancias, una de ellas es la talla baja, por eso cuando nosotros ecográficamente encontramos un hueso corto, decimos huesos largos cortos, eso no indica que tenga una displasia sino que implica que hay que hacer un seguimiento a largo plazo para evaluar si realmente tiene una displasia, porque nosotros consideramos displasia cuando está por debajo del percentil 1, eso significa que el hueso esta extremadamente corto y hay unas manifestaciones de la displasias mas frecuentes, existen 66 grupos de displasia mas o menos, entonces el problema no es decir que tiene una displasia sino cual, porque muchas de ellas son mortales y que tienen que ver con que si el hueso del fémur está corto paro también las costillas están cortas al bebé no se le van a desarrollar los pulmones y ese bebé pues no tiene futuro, se llaman displasias tanatóforicas, que son letales, que son displasias asfixiantes, en muchas de ellas los bebes nacen y fallecen, si, pero entonces el feto está en identificar cual no es mortal para saber cual no tiene pronóstico de vida, entonces las displasias esqueléticas, como le dije doctora, son muchas y existen muchísimas clasificaciones, nosotros utilizamos una tabla que está en un formato que se llama omin y basado en eso metemos las características que se asocian a esa displasia esquelética, entonces miramos muy a profundidad como es el cráneo si, porque la forma del cráneo si tiene o no una cosa que se llama probosis, si tiene o no una frente protuberante, si tiene o no un cráneo deformado en trébol, si el tórax las costillas son cortas, si llegan o no hasta la parte posterior, entonces las clasificaciones que existen de 1,2 o 3 hablan más del grado de compromiso o severidad, dentro de una de las escalas, más que de la displasia en si misma, entonces cuando uno habla de displasia, decir 1,2 o 3 es decir displasia de 63 grupos 1,2 y 3 ósea no es la clasificación que nosotros utilizamos desde el punto de vista técnico”*. La misma apoderada haciendo referencia a la explicación y a lo que consta historia clínica, señala que la menor nació con una talla y peso normal, pregunta de tales condiciones como podría hablarse de displasia esquelética teniendo en cuenta que la menor nació con peso y talla normal. Respondió el deponente: *“...Mencionaba yo hace unos minutos que la ecografía es una herramienta muy valiosa hoy en día para tratar de acercarnos a los diagnósticos y tratar de dar el mejor pronóstico de los bebes cuando se*

identifican enfermedades estando incluso en útero, entonces el término de displasia está sujeto a un fémur extremadamente corto, pero hay un grupo de pacientes que tienen fémur corto por debajo del percentil 5 que pueden ser completamente normales, dado que se relacionan con la talla baja que es heredable de los padres o de familiares, entonces desde el punto de vista ecográfico el reporte de unos huesos largos cortos no llevan a un diagnóstico de precisión sino que llevan a invitar a quien está recibiendo el reporte para que haga un seguimiento un poco más estricto, que se salga de los protocolos de guías de manejo, para que haga una valoración un poco más estrecha del paciente para evaluar cual es la tasa de crecimiento del hueso y si se comporta como una enfermedad ósea tipo displasia o simplemente es un bebé con huesos largos cortos que corresponden a los bebés de talla baja, entonces muy probablemente en este caso cuando nace y el pediatra hace la valoración y toma las medidas lo que se ha encontrado es un bebé de talla baja más no displásico". A la pregunta de la apoderada de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL de si podría tener una relación la cardiopatía con la displasia esquelética respondió el galeno: *"La cardiopatía es la enfermedad cardíaca mas frecuente que nosotros detectamos en útero, y quizá una de las más frecuentes que nosotros detectamos en los recién nacidos, de todas las malformaciones hay que entender que más o menos de cada 100 niños que nacen 4 vienen malformados, la malformación más frecuente de ese 4% es la cardiopatía, el hallazgo ecográfico y la identificación de esa cardiopatía puede llegar hoy a hasta un 90% de los casos, sin embargo, entenderán que hay un 10 hasta un 25% reportados de casos no diagnosticados, que se deben a muchas condiciones y situaciones, uno a la experticia, otro a las condiciones técnicas de los equipos que se utilizan porque no son los mismos en todas las instituciones, y las cardiopatías pueden estar relacionadas con múltiples enfermedades, es más, las bebés que son displásicos pueden tener algún grado de cardiopatía y decía yo incluso dificultad para la adaptación neonatal dado que, los pulmones si tienen unas costillas cortas asfixiantes no se desarrollan de manera adecuada y el sistema cardiovascular no funciona de manera correcta, en algunas oportunidades los bebés displásicos tienen asociados por que vienen displásicos por una condición génica y esa enfermedad genética tiene una expresión fenotípica, es decir lo visible lo evidenciable de muchas formas y una de las aristas son las displasias, pero está acompañada de otras condiciones que pueden ser cardíacas, sin embargo, lo que le puedo hacer mención es que si no tengo diagnóstico de displasia, no puedo atribuirle la displasia.. la enfermedad cardíaca a un efecto displásico cuando desde el punto de vista clínico no tiene diagnóstico de displasia, si me expliqué entonces si el bebé no tiene displasia al nacer yo no puedo decir que las condiciones que se susciten de allí en adelante sean consecuencia de algo que no existe, ósea no tiene diagnóstico de displasia, tuvo una un diagnóstico previo de que tenía unos huesos largos cortos pero al momento del nacimiento que es el test de oro para el diagnóstico real hacen mención de que el bebé tiene talla normal luego no es displásico".* Uno de los integrantes del extremo procesal pasivo preguntó al médico respecto a las causas de la inflamación cardíaca: *"Hacia mención de que muchas de las manifestaciones que nosotros consideramos síntomas y mucho de lo que podemos evidenciar que consideramos signos son consecuencia de enfermedades subyacentes y a veces variadas, en el caso de una miocardiopatía, puede ser el producto de un proceso de daño de la fibra del corazón del cardiomiocito que es la fibra muscular que permite la contracción, puede haber un daño por enfermedades génicas alteraciones por ejemplo enfermedades como ehler danlo, son enfermedades de la fibra colágena que pueden estar afectando también el corazón. Hay enfermedades autoinmunes, decir mediadas por anticuerpos como lo es el lupus la artritis reumatoidea, tocaría mirar la historia de la madre de la bebé y esas enfermedades algunos anticuerpos pueden pasar y pueden alterar la función cardíaca incluso las fibras de conducción, esos el caso cuando hay lupus heritematoso sistémico que está relacionado con unos marcadores que nosotros consideramos de alto riesgo como el antila y el antiro, esos anticuerpos pueden dañar la fibra miocárdica, si, procesos infecciosos, bacterianos, virales si pueden atacar el corazón y producir la dilatación y la falta de contracción de la fibra muscular, entonces nosotros hablamos de una miocardiopatía pues el corazón tiene tres capas, una capa interna que es el endocardio, la capa muscular que es la que hace la fuerza que es el miocardio y una capa serosa que está posterior que es pericardio, entre el pericardio y el miocardio existe una cantidad de líquido, que es lo que permite como un*

frotamiento y que el corazón cuando se contraiga no quede atrapado en ese forro y pueda deslizarse de manera suave, aquí la función primordial la tiene el miocardio porque la función del corazón es abastecer de oxígeno los tejidos por más lejanos que estén, entonces actúa como una bomba, nosotros hablamos de una miocardiopatía cuando hay una alteración en esta contractividad del corazón y le explicaba que esa contracción puede estar influenciada por diferentes tipos de enfermedades incluso enfermedades metabólicas que puedan hacer depósitos de algunos elementos metabólicos que son propios de dieta, pudieran alterar esa contractividad del miocardio y considerarse una miocardiopatía, cuando yo digo miocardiopatía digo fiebre, es decir hay una enfermedad y hay que buscar la posibilidad que tuviese de diagnóstico subyacente, ocasionalmente en medicina cuando uno no encuentra la causa de la manifestación hablamos de idiopático, se refiere a que por ejemplo los pacientes que sufren de hipertensión arterial crónica, aunque es una enfermedad de muchísimos años, pues no se le ha encontrado en realidad una causa directa, entonces nosotros hablamos de hipertensión esencial o idiopática porque no conocemos la causa desde el punto de vista médico científico pero sabemos que existe una manifestación que puede generar otros problemas, tal cual es la miocardiopatía puede tener muchas y yo no encontrar una específicamente". El apoderado que había hecho uso de la palabra pregunta al especialista en relación con anotación que consta en la historia clínica citando: "PACIENTE CON ANEMIA, QUITES DE ENTAMOEBA HISTOLYTICA EN COPROSCOPICO DEL 08 DE DICIEMBRE DE 2012, CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, CARDIOMEGALIA CISURITIS, ALTA SOSPECHA DE CARDIOPATIA ESTRUCTURAL. SE DECIDE ESTUDIO DE ANEMIA CON FROTIS DE SANGRE PERIFERIA...". Pregunta que significa tal valoración: "Lo que está manifestando allí es que, nosotros cuando un paciente llega hacemos unos estudios a tipo de screening que son básicos y generales, un paciente llegue por lo general nosotros hacemos un cuadro hemático y el cuadro hemático va a reflejar cual es su estado con relación a la respuesta inflamatoria que tenga sobre cualquiera agresión externa, entonces en el cuadro hemático lo que evidenciaron, no lo estaban buscando probablemente, pero si encontraron que tenía anemia, anemia es que tiene los glóbulos rojos bajos, porque se produce la anemia? Pues por desnutrición, puede haber causas, por ejemplo mala absorción intestinal, porque no tiene una dieta adecuada en hierro, porque ha perdido sangre, porque tenga lesiones en el tubo digestivo y se pierde la sangre por el tubo digestivo, sangre oculta en la deposición, porque tenga algún tipo de hemorragia o porque tenga un cuadro autoinmune de hemólisis, hemólisis significa que los glóbulos rojos se rompen por los mismos anticuerpos del individuo, entonces al igual que las otras premisas que le he manifestado la anemia que manifestando allí o que expresan en ese cuadro hemático lo que invita es a indagar cual es la causa, si, entonces la bebé en ese momento tenía una anemia pero adicionalmente entonces buscan en la materia fecal y encuentran que tiene parásitos lo que tiene es amebiasis, entonces los quistes de entamoeba histolítica hacen referencia a es a amebiasis, sin embargo muchos pacientes que uno le pudiera hacer a 10 pacientes un coprológico va a encontrar quistes de entamoeba histolítica, eso no significa que tenga un cuadro agudo, porque nosotros somos capaces de controlar con nuestros anticuerpos esas patologías y no tienen manifestación alguna pero, y puede ser un hallazgo simplemente accidental dentro del estudio, si me hablan de que hay trofosoítos, que es el parásito vivo como tal, allí si estaríamos diciendo que hay una enfermedad aguda por una infección de entamoeba histolítica, que es un parásito intestinal". A la pregunta de que le espera a una paciente con un cuadro clínico como el presentado efectuada por el mismo apoderado señaló el testigo: "Reitero que el diagnóstico de displasia no es un diagnóstico confirmado al momento del nacimiento, incluso es excluido no, si al momento del nacimiento dicen que tiene talla normal y tiene esto normal, no hablamos de displasia, que tiene esta bebé, el objetivo que yo puedo ver de esa historia, tiene una miocardiopatía que hay que investigar cual es la causa, tiene un problema cardíaco, y pues asociado a eso pues está notando unas alteraciones paralelas como que le encontraron anemia, encontraron una infección crónica por entamoeba histolítica que es una infección del tracto digestivo inferior, del colon. Las displasias unas usted puede ver niños que tiene acondroplasia que trabajan, los ve uno por ahí de 50 años 60 años, pero si fuera una displasia pero no estamos hablando de displasia, ahora lo que habría que hablar es cual

es el pronóstico que tienen las miocardiopatías, eso si cambia todo el panorama porque las miocardiopatías dependiendo de cual sea la causa pueden ser mortales, si dependiendo de la causa, algunas son tratables si es infecciosa yo descubro la infección y tratamos la infección y le damos tratamiento para mejorar la contracción del corazón es posible recuperar parte de esa función si, y tener una probabilidad una expectativa de vida si, no igual que la población general pero si una adecuada expectativa de vida, entonces todo estaría dirigido a evaluar cual es la causa real de la miocardiopatía porque el concepto de displasia no es válido dado que al momento del nacimiento consideraron que tenía unos huesos normales". El apoderado del municipio de Tunja pregunta al galeno respecto al cuadro clínico que presenta la menor cuando se le da salida así: "SE ENVIA CON OXIGENO DOMICILIARIO Y CON TRATAMIENTO DE MEDICAMENTO CON FUROSEMIDA, ESPIRONOLACTONA, ENALAPRIL TV SEGUIMIENTO AMBULATORIO PEDIATRIA Y CARDIOLOGÍA PEDIATRICA", pide se aclare ese tema porque se da esa orden: "En el caso, si el bebe tuviese displasia y no tuviera ninguna otra condición como la cardiopatía que tenía que se le evidencio al momento del nacimiento o cuando le hicieron los estudios posteriores, las displasias no requieren oxigeno ni requieren nada de eso a menos que sean displasias asfixiantes, sigo insistiendo en que el diagnóstico inicial era que el bebé tenía una talla dentro de parámetros de normalidad y que lo que tenía era una condición cardíaca y las condiciones cardíacas si se manejan con oxígeno con inotropia, con medicamentos para mejorar la contracción, con incluso algunos medicamentos que tienen que ver con la perfusión de los vasos sanguíneos, es decir que llegue oxígeno de forma adecuada al corazón, esos tratamientos incluso pueden ser de largo plazo y dependiendo de lo que diga cardiología que es la especialidad en este caso que es la experta en el tema, se toman decisiones de enviar a los pacientes de acuerdo a guías o protocolos dependiendo de como esté saturando, es decir si a un bebé le ponen oxígeno y la saturación es normal, se considera que a pesar de esos medicamentos se ha logrado llegar a un punto de estabilidad y no requiera de ningún tipo de intervención adicional permanente es posible que algunos pacientes se les de de alta. Hay que entender que la hospitalización no salva vidas como tal si, no es porque si yo estoy hospitalizado yo me salvo y si me mandan para la casa entonces me muero, porque no es así, entonces la hospitalización es porque de pronto requiere de la asistencia o de procedimientos que involucren una vigilancia permanente si, muchos pacientes en vida adulta pues reciben oxígeno y están en su casa y demoran dos años tres años, ósea no podían estar hospitalizados durante los tres años recibiendo terapia, eso es lo que puedo decir yo desde el punto de vista global desde mi perspectiva como médico porque esa no es mi especialidad y aclaro, sin embargo pues les quiero nutrir con cierta información para que tengan un poco de claridad al respecto del tema, la decisión de darle salida a los pacientes por lo general está vinculada a guías de manejo y a unos estándares, si el paciente logra esos estándares en vista de que estar hospitalizado incrementa otros riesgos como riesgo de infectarse, riesgo de tener, un paciente que esté hospitalizado tiene mayores riesgos que uno que esté en su propia casa por eso incluso se ventila la posibilidad de manejo domiciliario y de asistencia en casa y de hospitalización en la casa de los individuos porque disminuye los riesgos en otros sentidos en otros aspectos, perdón, pero entonces en este caso la decisión que se toma no está basada en que si tenía displasia o no displasia sino en que tenía una miocardiopatía que estaba siendo tratada y que probablemente en ese momento estaba en condiciones estables y que debía ser valorada de manera periódica por cardiología y por tal razón dieron la salida, es una especulación sin conocimiento profundo de la historia clínica". El apoderado del Municipio refiere al nuevo ingreso de la menor a la IPS, 12 de enero de 2012, cuando se le realiza un procedimiento de diálisis peritoneal (procedimiento que es practicado a quienes padecen de insuficiencia renal), se cuestiona ¿Por qué no se le practicó dicha intervención en el momento en que nació o en el momento en que se le dio la salida y las consecuencias de tal intervención en ese momento?. Respondió el galeno: "...quiero ser lo más técnico posible pero también lo más claro posible con el auditorio que no tiene conocimientos profundos de medicina, usted puede presentar un infarto mañana y está hablando conmigo hoy, y yo no puedo darle tratamiento para un infarto que todavía no ha ocurrido, los bebes, la evolución de la enfermedad puede cambiar, incluso una persona tiene un corazón sano hoy, fue al llano y pasado mañana de regreso hace una

miocardiopatía, tiene una inflamación o una pericarditis, por un proceso infeccioso viral, y hace unos trastornos, pues antes de irse al llano no había que colocarle nada pero al regresar probablemente requiera una asistencia, cuando la bebé sale no tenía signos de insuficiencia renal, me imagino, por lo cual no requirió ningún tratamiento para falla renal, los pacientes que tienen.. no no no es la diálisis un tratamiento exclusivo de pacientes con falla renal pero si la gran mayoría de las diálisis se hace para pacientes con falla renal, pero también con alteraciones hidroelectrolíticas, si por ejemplo tiene un potasio alto, así la función renal estuviese normal y no estamos logrando barrer ese potasio, una opción es hacer diálisis para barrer el potasio, porque el potasio que es un elemento fundamental en nuestro organismo en exceso puede producir paro cardíaco, entonces un potasio elevado o una creatinina alterada pues son indicaciones de hacer el procedimiento, pero si no tiene el potasio alto y la creatinina está normal pues no tiene indicación de hacerlo. Las enfermedades son evolutivas y cambiantes, eso significa que un paciente hoy puede requerir un tratamiento y mañana o el mismo día a las próximas horas puede requerir otro tratamiento...". Con posterioridad preguntó la apoderada de los demandantes, interrogando al testigo respecto a cuál es el examen o procedimiento a realizar cuando se presenta en un recién nacido el diagnóstico de cardiopatía para poder determinar la medicación el tratamiento a seguir? El medico respondió:"(...)...hay unos estándares que nosotros utilizamos para mejorar la atención de nuestros pacientes, utilizamos guías de manejo, y esas guías de manejo están basadas en estudios que se hacen primero pequeños de pequeños grupos en hospitales y posteriormente de grandes grupos que se llaman estudios multicéntricos donde vinculamos muchísimos pacientes, entonces el actuar médico de hoy día, no se basa tanto en que tanta experiencia tengo yo por edad y cuantos casos he visto sino que la literatura nos aporta unas estructuras que nosotros llamamos guías y protocolos de manejo a los cuales nosotros nos adosamos, viendo las particularidades de cada zona, porque obviamente algunos protocolos son hechos en Inglaterra y nosotros tenemos que ajustarlos a nuestra realidad médica cotidiana y a nuestra propia cultura, entonces cuando un bebé nace y tiene una miocardiopatía primero hay que hacerle el diagnóstico, seguramente el diagnóstico de entrada si yo lo sospecho por que no respira bien porque está cianótico, es decir se ponen moraditos los dedos, porque me doy cuenta que órganos que requieren oxígeno empiezan a fallar como es el caso del riñón, como es el caso del corazón, la glándula suprarrenal, entonces hay que hacerle un ecocardiograma, ese es el estudio inicial para evaluar el corazoncito, una vez haga el ecocardiograma pues el especialista en cardiología pediátrica que existe, valora si tiene unas indicaciones o no para hacer estudios adicionales y dice no debo hacerlo transtorácico para poder llegar más fácil al corazón, se mete un tubo por la boca y se llega cerca del corazón porque está en el esófago, puedo visualizar mejor la estructura cardíaca para aproximarme mejor al diagnóstico, pero existen otras herramientas diagnósticas como la perfusión miocárdica, unas pruebas que son en sangre, existen el cateterismo cardíaco, si el cardiólogo lo considera esas son las herramientas pero no son de mi consorte, él lo decidiría basado en lo que encuentre basado en los hallazgos clínicos". Pregunta la apoderada de la parte actora si se presenta o se evidencia dicha sintomatología en uno de los controles antes del parto (exámenes de laboratorio), cual sería el procedimiento para atender el parto? Responde el médico: "Las cardiopatías la gran mayoría no requieren un cambio en la conducta al momento del nacimiento sino a la exploración del nacimiento, es decir la vía del parto no le cambia la conducta no le cambia la condición clínica a los bebés, ósea pensar que si de pronto si le hago un parto normal o tengo una cesárea no se ha demostrado que la cesárea le de mejores oportunidades a los niños a menos que tenga una cardiopatía severa que requiera algún tipo de procedimiento quirúrgico, que son muy pocas la cardiopatías que tienen necesidad de una atención quirúrgica al bebé, para mejorarle la condición y poderle salvar la vida, son muy pocas y una de ellas puede ser la ecoplasia del ventrículo izquierdo, entonces al momento del nacimiento, la conducta que se toma está basada en la condición obstétrica de la madre, es decir si la pelvis es buena, si ha tenido partos previos, si la evolución es adecuada, si dilata bien, si el descenso es normal, eso es lo que uno tiene en cuenta para tomar la decisión de hacer una intervención por vía alta o por vía vaginal, la respuesta con relación a que si las cardiopatías requieren una intervención quirúrgica para el nacimiento no es correcto, la cardiopatías no todas requieren, es más la gran mayoría pueden tener un

parto normal, si, cabe advertir que en lo que yo conozco de la historia clínica y lo que han relatado las personas que han tenido acceso a la historia clínica, hacen mención que lo que ginecológicamente se encontró fue unos huesos largos cortos, pero no se habló de miocardiopatía y yo les decía que la miocardiopatía es una entidad que puede aparecer como cualquier otra en cualquier momento de la vida de las personas, es posible que en ese momento intraútero no la tuviera y poderla tener después del nacimiento, si, entonces los hallazgos que refieren ecográficos no se relacionan con la cardiopatía que el bebé tiene en la vida posnatal, los hallazgos ecográficos se refieren a una sospecha clínica de probable displasia esquelética que no se corrobora al nacimiento y que la descartan incluso porque dicen que tiene una talla y peso normales". El juez titular del despacho preguntó al médico en relación con con el numeral 27 de los fundamentos fácticos de la demanda, el que se refiere a la presunta omisión de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA de darle tratamiento oportuno y adecuado a la patología presentada por la menor relacionada con displasia esquelética que sería diagnosticada. Respondió el testigo: "... en las intervenciones que he tenido en esta mañana he hecho los comentarios con relación a que, la sospecha de displasia se hace en los bebés que tienen unos huesos que son largos pero que comparado con la población general están cortos, entonces los huesos largos cortos se refiere a que mis huesos largos están relativamente cortos al compararlo con la otra población, y hablamos de huesos largos cortos cuando están por debajo del percentil 5, es decir que menos del 5% de la población tiene los huesos tan cortos, pero el diagnóstico de displasia definitivo se hace basado unos huesos largos que estén por debajo del percentil 1, en el caso aquí en mención, hacen relación a huesos largos cortos pero al momento del nacimiento se descarta la displasia, por tal razón este bebé no requería ningún tipo de atención en relación con un diagnóstico que no existe, porque al momento del nacimiento se descartó lo que se sospechó inicialmente por ecografía, de tal manera que decir que no se han hecho los estudios o los exámenes pertinentes o que no se presta atención a un diagnóstico que era hecho previamente, muchos de los diagnósticos que se hacen en ecografía deben ser corroborados al momento del nacimiento, porque si es difícil hacer un diagnóstico viendo el paciente, más difícil es viéndolo de manera indirecta a través del sonido, si entonces las tasas de sensibilidad y especificidad de los diagnósticos de ecografía no son del 100%, nosotros como conocimiento de esa herramienta lo que hacemos es que cuando tenemos la sospecha de algo prendemos las alarmas, hacemos la vigilancia cuando nace se corrobora el diagnóstico pues sigue todo el proceso diagnóstico, pero si cuando nace se descarta el diagnóstico, allí para el proceso de atención para esa condición en especial, entonces lo que he intentado decir que en este caso puntual la paciente a la que se le sospechó displasia por huesos largos cortos no tenía tal al momento de su nacimiento que el pediatra al hacer las medidas considera que el bebé está dentro de parámetros de normalidad y es lo que escriben en la historia al momento del nacimiento".

El Médico CARLOS MANUEL MOJICA WALTEROS, pediatra de la Universidad del Rosario e intensivista pediatra de la misma universidad, además de especialista en derecho médico de la universidad Externado de Colombia, intervino en el proceso como testigo técnico llamado por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, quien respondió preguntas como a continuación se relata: De que se trata la sub-especialidad de intensivista? *Es el profesional especialista en pediatría con supra especialización en pacientes de cuidado intensivo, los que requieren cuidado más avanzado de unidad hospitalario y se busca estabilizar el paciente. ¿Cuál es el instrumento idóneo para diagnosticar en la etapa de gestación la existencia de la afectación denominada DISPLACIA ESQUELÉTICA TATANAFORICA? Respondió el galeno: Desde el punto de vista de la pediatría no podría dar ese dato, lo más indicado sería un ginecólogo o perinatologo o un ginecólogo especialista en alto riesgo, por ser quienes desarrollan en sus estudios ecográficos de detalle. ¿Cual es el protocolo que debe seguir un equipo médico cuando recibe un recién nacido que tiene dentro de su historia clínica una ecografía obstétrica de grado 3 donde consta que por las medidas de los huesos largos sugestivo de displacia esquelética? Respondió el deponente: Independientemente de los estudios imagino-lógicos o diagnósticos que uno*

posea dentro del armamentario médico, la ciencia médica se basa en el examen físico del paciente, es decir, se corrobora con el examen físico, o primero hago un examen físico para poder determinar si lo que reportaron los exámenes médicos está siendo visto a la luz de mis ojos, si eso es así, se inicia una serie de laboratorios o de imágenes para determinar si lo que venía diagnosticado en una etapa de útero, puede ser correlacionado con lo que aparece, pues muchas veces de las descripciones que se hacen en una ecografía en útero no resultan ser lo que tiene el paciente, porque entendemos que la ecografía en útero a pesar de que está muy avanzada, no todas las veces llega a 100% de sensibilidad de mirar exactamente que tiene el paciente, pues muchas veces es una impresión diagnóstica, pero cuando nace el paciente está completamente sano, entonces piensa que lo primero que se debería hacer es un examen físico, si se llega a corroborar que los huesos están cortos o que tenga alguna otra malformación, pues hay ya se determinaría cual es el examen de elección para poder seguir adelantando los estudios de este paciente. ¿Dentro de su conocimiento por su subespecialidad y la experiencia que tiene, la hipótesis de que un recién nacido sea diagnosticado con la afección citada que órganos comprometería en materia de funcionamiento si llega a nacer con vida? Respondió el testigo: Si tenemos en cuenta la patología que me están mencionando, si mal no recuerdo solo se define para las estructuras óseas, en este momento podría decir, sin embargo, me tocaría revisar mucho más la patología, pues digamos no es una patología tan frecuente. ¿Respecto de la hipótesis de un nacido con la deficiencia citada DISPLACIA ESQUELÉTICA, que órganos en general de acuerdo al conocimiento médico puede comprometer si nace un niño o niña con esa afección? Respondió: Vuelvo y insisto en este momento considero que los huesos porque estamos hablando de una displacia ósea, significa que tiene un problema del aparato esquelético, sin embargo hay unas patologías que comprometen la parte ósea como la parte ósea como de otros órganos porque todo tiene que ver con el tejido conectivo, pero en este caso solo estaría en principio afectando la parte ósea, entonces los estudios que se harían serían indicados para mirar y confirmar el diagnóstico, si ya una vez confirmado el diagnóstico que serían la radiografías simples para mirar si los huesos vienen cortos o que tamaño tienen o tienen una deformidad o algo que se pudiera ver. También como hipótesis, ¿es posible que por tener DISPLACIA ESQUELÉTICA pueda tener afecciones como neumonía, miocarditis aguda, cardiomiopatía dilatada? Respondió el facultativo: Todo depende del contexto en que se encuentren las enfermedades, hay unas enfermedades que como le digo solo se limitan al espectro óseo, hay otras enfermedades que si son del tejido conectivo pueden afectar el contenido óseo y otras estructuras dentro de las cuales vale recordar, que en el tejido conectivo están todas las estructuras corporales, están los cartílagos, está en el hígado, está en el estómago, está en el intestino y eso depende del órgano como se hace, generalmente los pacientes que tienen algún síndrome genético, que llevan a pensar que tienen un compromiso multisistémico tienen algunas facies que lo hacen pensar a uno que el paciente tiene un trastorno genético, no solo es la presencia de los huesos largos o cortos, hay alteraciones también a nivel facial hay implantación de las pabellones auriculares, hay la hiperlaxitud y todo eso lo encuentra uno en el examen físico, por eso digo que para poder interpretar eso tenemos que hacer el examen físico y hay nos denota que otras características encontramos y si hay otros órganos que nos hablan de que de pronto pueden estar fallando. Aclare ¿cuál es la guía o protocolo de manejo cuando se diagnostica a un infante alrededor de tres meses de nacido de las afecciones de neumonía típica, miocarditis aguda y se detecta cardiomiopatía dilatada a través de un cardiograma? Respondió: Las neumonías es una de las principales causas de afección de los niños menores de 5 años, inclusive es una de las principales causas de muerte, la neumonía típica tiene unas características y es básicamente la presentación, es decir no tiene la misma manifestación de una neumonía de las que llamamos típica, puede parecer con tos, puede aparecer con dificultad respiratoria, pero a veces no aparece la fiebre, se llama atípica también porque su interpretación desde el punto de vista clínico y radiológico a veces, resulta muy difícil, y son gérmenes que también están en el medio ambiente, la miocarditis es una inflamación del músculo cardíaco que se puede dar por muchos factores uno de ellos es la parte infecciosa, es decir, puedo tener una neumonía típica o atípica, o por virus y esa neumonía además de afectar el tejido pulmonar afecta también

otras estructuras como son las vasculares, en especial tienen predilección por el músculo cardíaco que queda muy contiguo a los dos pulmones, el curso de la miocarditis digamos que va dependiendo de la severidad que se tenga y eso lo cataloga el cardiólogo, quien a través de un cardiograma nos va a poder determinar la severidad de disfunción del músculo, algunos niños se logran recuperar, digamos que en un 80 un 90 %, pero hay otros pacientes que por la severidad de la inflamación del miocardio, músculo cardíaco del corazón, el corazón se dilata y queda digámoslo como una bolsa sin fuerza, . La cual tiene que seguir inyectando la sangre, esos pacientes a veces requieren de procedimientos más avanzados, pero como le digo eso ya es decisión de cardiología, como asistencia ventricular o trasplante, porque desafortunadamente la miocarditis deja secuelas en el corazón, toca hacerle seguimiento por cardiología pediátrica, y generalmente se deja con medicamentos para que el paciente orine un poco más, para evitar la sobre carga de líquidos, a veces también para que la fuerza de contracción del corazón, vuelva a tener funcionalismo, porque como le digo queda como una bolsa sin fuerza, entonces no se contrae bien, todo eso depende del cardiograma y de lo que llamamos la fracción de sección de acortamiento, que depende de cardiología pediátrica, todo depende de la evolución, algunos pacientes salen muy bien de los episodios de miocarditis otros fallecen durante el tratamiento, y algunos pacientes quedan en lista de espera de trasplante de corazón, lo que es muy difícil en Colombia trasplantar un niño por debajo del año, porque no hay donantes y los otros quedan con falla cardíaca y hay que enviarlos a unos programas de falla cardíaca de forma crónica hasta que alcancen al menos una edad y un peso adecuado para entrar al menos en línea de espera para un trasplante, entonces la miocarditis, es un situación difícil, con una alta tasa de secuelas con una alta probabilidad de mortalidad, si hay una disfunción severa y eso lo determina el cardiólogo. ¿Es viable de acuerdo a los protocolos que el médico tratante no obstante tales dolencias o afecciones, de alta al paciente que las padece? Respondió el especialista: Todo depende del paciente, ellos han dado de alta a muchos pacientes, otros fallecen, otros no los pueden dar de alta porque el ecocardiograma les muestra que el corazón no va ser capaz de seguir por si solo y les toca remitirlos a centros de cirugía cardiovascular como Bogotá o Bucaramanga para que ellos determinen si ya cumplen criterios de trasplante, si cumplen criterios de asistencia ventricular o si los pueden entrar en una clínica de falla cardíaca, eso depende de pediatría y cardiología, algunos pacientes se van para la casa y van evolucionando, otros deben ser trasplantados, otros presentan arritmia. ¿Cuando un médico tratante ordena el procedimiento de diálisis a un menor de tres meses? Asintió el médico: La terapia de remplazo renal es uno de los avances que ha permitido tener hitos en la medicina, y cuando se hace una terapia de remplazo renal, cuando el riñón del paciente deja de cumplir sus funciones, y cuales son; primero eliminar los líquidos que nos están sobrando o que tenemos en exceso, segundo ayudar a que los niveles de los electrolitos sodio, potasio, magnesio estén en unos niveles adecuados para la vida, porque todas esas sustancias deben estar en unos niveles específicos y sino su exceso o defecto afectan que comienzan a producir afectaciones, corregir también la acidez de la sangre, es decir que se mantenga en un PH adecuado, nuestra vida normalmente esta entre 7.35 y 7.45 del valor DE UN ph, EN EL caso particular, esta paciente nos llega con una falla renal, con una creatinina de 1.5 que para la vida de ella debía ser de ser de 0.3 a 0.4 y llega seis veces por encima de lo normal, llega con unas afectaciones electrolíticas dadas por alteraciones del sodio, del potasio y llega con un PH de 6.9, eso significa que está 5 puntos por debajo del límite dentro de lo cual, nosotros nos movemos dentro de la normalidad en todos nuestros días, cuando ese límite comienza a pasar de 7.35 y 7.32 todos los órganos comienzan a sufrir una afectación progresiva y en cuestión de horas o de días puede venir la falla orgánica multisistémica, entonces esta paciente se ingresó, muchas veces los pacientes recuperan después de una hidratación porque la paciente según lo que dice la historia clínica venía con síntomas de deshidratación cuando llego al hospital san Rafael, se empezó a hidratar, en muchas ocasiones esas fallas renales van mejorando, sin embargo al siguiente día, es decir casi a las 18 horas, ya estaba con terapia de reemplazo renal, quiere decir que el riñón estaba fallando y que no se recuperó, entonces la diálisis peritoneal que es su pregunta está indicada en esos pacientes que no orinan, que tiene trastornos electrolíticos y que tienen una alteración del PH, es decir, de la acidez de

la sangre, criterios que cumplía esta paciente que no respondió a las medidas iniciales, lo cual a partir del primer día de estancia en la UCI nos tocó iniciar la terapia. ¿En relación con DISPLACIA ESQUELÉTICA, dado que usted fue médico tratante de la menor CAROL NICOLLE ALFONSO SUAREZ, los días 15 y 16 de enero según la historia clínica, tenía dicha paciente algún tipo de síntoma de sufrir DISPLACIA ESQUELÉTICA o ACONDROPLACIA? Respondió: *Lo que pasa y sucede es que en los lactantes pequeños es muy difícil determinar esas características a simple vista, más cuando un paciente llega en estado de shock, en un estado de edema, en un estado, en el cual no se puede tomar talla ni peso, digamos para saber que es el real, porque llega con sobrecarga hídrica, llega sin tensión arterial, digamos que en esos dos o tres días que nosotros las tuvimos ahí, colocamos dentro de los antecedentes, pero que ese diagnóstico tuviera relevancia para el estado clínico de la paciente, pues no lo encuentro desde ningún punto de vista sustentado dentro de la literatura, es decir, que una displacia nos cause un shock como el que llegó la paciente, con una falla multiorgánica, no lo encuentro sustentado y no habría un tratamiento además porque una situación depende de los huesos, pero lo que en ella estaba fallando es el corazón, el sistema hematológico, el pulmón, el riñón, el hígado, entonces tenía una falla multiorganica y pues la patología de los huesos si la llegare a tener en ese momento creo que no era la parte vital para la paciente, no la puedo descartar, porque como le digo llegan en estado de edemas, es decir, con mucho líquido por fuera de los vasos sanguíneos, llegan con aumento de peso, ya el paciente se ve pálido, se ve terroso, entonces el fenotipo cambia en una situación crítica, no es lo mismo un paciente en estado sano que uno puede evaluar cómo está la implantación de los ojos, como está la línea de los ojos, como están las manos, como están los pliegues, como está la talla, al paciente se le hacen las actividades vitales para estabilizarla y ya posteriormente esos estudios son complementarios, inclusive se pueden hacer de forma ambulatoria".* ¿En términos de su especialidad cual era la expectativa de vida o pronóstico de sobrevivencia de la menor de 3 meses con cuadro clínico de CAROL NICOLLE ALFONSO SUAREZ de acuerdo al diagnóstico cuando fue su médico tratante? Respondió: *Ella llegó con un síndrome que se llama de falla orgánica multisistémica, un shock mixto, descompensado, refractario a catecolaminas y refractario a líquidos y teniendo en cuenta toda la disfunción que se evidencio con los paraclínicos de ingreso nosotros tenemos unos puntajes de mortalidad que son reconocidos a nivel internacional y aproximadamente era entre el 90 y el 93 % de probabilidad de fallecer de la paciente de la situación como llegó.* La apoderada de la parte que solicitó la prueba preguntó: *¿Si la atención que se le brindó a la paciente de acuerdo a la patología que presentaba era la indicada?* Respondió: *"Estamos siguiendo todos los protocolos de reanimación, es una unidad de cuidados intensivos y un Hospital de tercer nivel, toda la actividad que tocaba hacer desde su ingreso a urgencias, a cuidado intensivo, está en la historia clínica suficientemente documentado, y una paciente en tan malas condiciones como llego se le presto toda la tecnología y todo el soporte, tanto es que a las seis horas de su ingreso tenía 5 o 6 medicamentos solo para el soporte del shock, más la ventilación mecánica, antes de las 24 horas ya tenía terapia de reemplazo renal, durante la madrugada estuvimos trabajando, porque incluso yo no estaba de turno pero me llamaron para apoyar el caso y yo estuve en la madrugada realizando procedimientos con esta paciente dado el estado tan lamentable como llego, entonces, por parte de nosotros todo está documentado en la literatura y en la histórica clínica esta todo respaldado de los procedimientos que se realizaron".* Preguntó la apoderada de la parte demandante: *¿Si un bebe con un trastorno genético al ser valorado con un examen físico se determina que tiene una insuficiencia cardiaca, tiene una sintomatología de cardiomegalia y tiene una cardiopatía congénita como se puede determinar en las semanas de gestación y que procedimiento se tiene que realizar después de la valoración?* Respondió: *Vuelvo e insisto que el pilar de nuestra profesión es el examen físico, yo no puedo pedir un examen sustentado con lo que yo no estoy viendo yo no estoy analizando, si me dicen que hay un recién nacido a quien se le sospecha una cardiomegalia, se le debe estar sospechando por la radiografía, la cual le da una imagen de que el corazón puede estar, pero lo confirma uno con un ecocardiograma, es la única forma, porque hay donde está el corazón hay más estructuras que me pueden magnificar el corazón (...)(...) y*

dependiendo como entre el rayo de luz, el corazón me puede aparecer más grande o más pequeño, luego si encuentro una placa con una cardiomegalia y fuera de eso dentro del examen físico encuentro datos que me orienten a que existe un problema en el corazón, como es un soplo, como es una alteración del ritmo, como es signos de falla cardiaca, en ese momento estaría en condiciones de decir pido un ecocardiograma, pero si a mí no me da el examen clínico está bien, lo que uno hace normalmente es reunirse con el radiólogo y decirle esto a que puede corresponder, para no implicar un estudio adicional, en un paciente que no lo amerita, pero como le digo la ciencia médica se basa en el examen físico y el análisis de la historia clínica, y las ayudas diagnósticas. La respuesta es sí para confirmarlo o descartarlo hay que hacer un ecocardiograma. ¿Este anotado en la historia clínica de CAROL NICOLL de CORPORACION IPS BOYACA que del 19 de diciembre del 2012 hasta el 8 de enero se presentó este tipo de diagnóstico, esta sintomatología, frente a esa sintomatología se le puede dar de alta? Respondió: Yo he sido respetuoso del actuar de los colegas, porque no puedo determinar o hablar sobre algo de un paciente que yo no vi, además nunca he trabajado con MEDIMAS, no conozco como son los protocolos de ellos, no podría decir si estuvieron acorde con los protocolos que tenía en ese momento o las guías que tenía. Esa pregunta no se la podría responder. ¿Teniendo en cuenta su respuesta que tuvo ese cuadro febril y esa sintomatología al punto que tener que descartar una bacteria, esta paciente en sus 2 años, cual es la necesidad que se requiere de dejarla en cuidados intensivos o darla de alta, o la medicación, cual es la prestación del servicio que se debe hacer con el diagnostico que usted hizo referencia? Respondió: Todo depende de la evaluación del paciente, hay muchos pacientes, por ejemplo con meningitis que no van a la unidad intensiva, pero hay pacientes que si van, hay pacientes con falla renal que se pueden manejar en piso hay otros que no, desde el punto de vista de una miocarditis depende mucho del manejo y de lo que encuentren dentro del ecocardiograma, si este dice que hay una falla cardiaca y yo veo la paciente con dificultad respiratoria, con signos francios que no me mejora el tratamiento, entonces muy probablemente esa paciente debe llevarse a UCI, pero si la paciente presenta mejoría durante su estancia pues eso es relato de que el corazón, de pronto los medicamentos que le estaban colocando los protocolos que siguieron estaban funcionando para esa patología, entonces si no hubo un deterioro clínico entonces tampoco hay una justificación de ir a un Cuidado intensivo. ¿En la evolución del día 2 de diciembre del 2012, indica al ingreso por requerimiento de oxígeno, politemia, sin mayores signos de dificultad respiratoria, al examen con signo de falla con shuc de izquierda a derecha presenta cardiomegalia en rx de torax alta probabilidad de cardiopatía congénita con hiperflujo y congestión pulmonar, se decide hospitalizar por pediatría para estudio, igualmente se anota objetivo; al examen del paciente con regular estado general se presenta fontanela anterior, normotenza, hiscoria normo activa, con soplo sistólico, en el rayos x que se le tomó, en efecto se determina que hay la cardiomegalia, lo cual a expensas de cavidades derechas, usted le puede explicar al Despacho que significa esto en términos médicos?. Respondió: Lo que está significando es que ven un corazón grande y hay que mirar que puede ser, por eso ellos interrogan muy probablemente la cardiopatía, el corazón derecho se puede dilatar por varias causas; primero porque exista un proceso infeccioso que lo puede dilatar, también porque exista paso de sangre del corazón izquierdo al corazón derecho, nosotros tenemos 4 cámaras cardiacas que en síntesis se comunica, la aurícula derecha con el ventrículo derecho, después sale la sangre hacia los pulmones, se oxigena y vuelve a la aurícula izquierda oxigenada pasa al ventrículo izquierdo y de ahí sale por la Orta a llevarle oxígeno a todos los tejidos, en condiciones normales no deben haber comunicaciones entre las dos aurículas y los dos ventrículos que es lo que se llama comunicación interauricular y comunicación interventricular; el corazón se puede dilatar también porque haya un orificio y haya paso de sangre desde la parte izquierda a la parte derecha, el corazón derecho esta creado y diseñado para soportar volumen pero no presión, cuando ya la parte izquierda le envía más sangre al corazón derecho de lo que debía estar recibiendo segundo a segundo en cada latido el corazón se va dilatando, entonces también habría que descartar que no existiera una cardiopatía de base, pero el soplo no es indicativo de cardiopatía, el soplo puede ser indicativo de que el corazón está en falla también, el soplo es simplemente un sonido que uno ausculta con el

fonendoscopio y eso es por un cambio del diámetro por donde va el fluido, cuando un fluido cambia de un diámetro pequeño a uno grande o al contrario hace un ruido y eso es lo que llamamos soplos, y soplos hay de diferentes clases y hay es lo que nos ayuda a orientar si es cardiopatía, si es otro tipo de patología del corazón. ¿En que consiste una cardiopatía no especificada? Responde: Básicamente es cardiopatía, porque ese no especificada es de la parte de los códigos c y e 10 que nos dejan a nosotros para colocar en la historia clínica, doce por ejemplo, neumonía no especificada, que puede ser por virus, por bacterias, por parásitos, por cualquiera, una neumonía y no se sabe, para poder saber, en neumonía se toman muestras de la secreción pulmonar, para poder hacer en cardiología entonces se toma un ecocardiograma para poder determinar si es cardiopatía o no primero, y si es cardiopatía de que clase es, si es congénita o adquirida, por ejemplo. ¿Cuál sería el procedimiento o tratamiento a observar cuando se determina desde un momento en la etapa de gestación con una ecografía que en efecto tenemos ese tipo de evolución en la gestación, cuál debe ser la observación que se debe mantener a la materna y al menor al momento de su nacimiento, es necesario que para su atención haya un médico especializado cuando se presente este tipo de diagnóstico que usted haya hecho referencia (cardiopatía)? Respuesta: Dependiendo, hay muchas cardiopatías que se pueden mantener, inclusive muchos de los adultos podemos tener por ejemplo comunicaciones interauriculares y solo a las mujeres irse a detectar en el momento de que están embarazadas porque sobrecargan el corazón, entonces dependiendo la cardiopatía que se haya determinado en la ecografía de detalle, se va determinar qué grupo se requiere, muchas veces tenemos que hacer remisión de la paciente para un centro de mayor complejidad para que se atienda, pero hay cardiopatía como una c y a c y b dtu que normalmente nacen acá y no hay ningún problema, pero hay patologías mucha más complicadas como un ventrículo único, como un ventrículo izquierdo hipoclasico, como muchas alteraciones de la Orta que generalmente se prefieren remitir, pero en este caso creo que no existía un diagnóstico prenatal, no se de cardiopatía. ¿Cuándo usted ordena una ecografía de detalle anatómico que es lo que se busca explorar o determinar? Responde: Se llama de detalle anatómico, porque eso es lo que quiere ver uno, las estructuras de acuerdo para determinar si hay malformaciones que son compatibles o incompatibles con vida, y si es preciso disponer de todo lo necesario para si el parto o el embarazo puede seguir adelante, entonces, en esas ecografías se mira cerebro, corazón, riñón, si hay malformaciones en el sistema pulmonar, se llama de detalle por eso y depende de cada centro, porque hay ecografías de detalle de tercera, de cuarta, quinta, sexta, la gran mayoría de lo que sale en una ecografía de detalle, puede relacionarse con lo que realmente uno va encontrar en el paciente, pero hay muchas cosas que aparecen en la ecografía como ciertos diagnósticos que posteriormente se corroboran y no los tienen, porque siempre hay ciertos fallos de diagnóstico, a pesar de que la ciencia ha avanzado tanto, siempre hay un margen de error entre lo que da el diagnóstico del ecografía y lo que se encuentra después al examen físico. ¿Cuál sería el examen o valoración que se requiere para descartar en una madre en gestación con la sintomatología y más cuando se indica que se requiere de esa ecografía de detalle, cuál sería el procedimiento a observarse, tendría que mantenerse en más controles a la gestante o simplemente los controles normales? Responde: Todo depende de lo que se encuentre, porque yo puedo tener unas dudas con la ecografía convencional, pido una ecografía de detalle, y si la ecografía de detalle me descarta las malformaciones importantes y el embarazo cursa también, con exámenes de la mamita normal, hipertensión normal, función renal normal, pues creería que ya se descartó que tuviera una malformación que pusiera en peligro la vida de la mama o el niño, pues creería que podría seguir, pero eso ya es terreno de ginecología para mirar esos criterios. Pregunta el apoderado del Municipio de Tunja, ¿Teniendo en cuenta las condiciones de la paciente para el egreso, hubiera sido posible técnicamente haber diagnosticado estas fallas multisistematicas que usted nos manifiesta, que presentaron una vez reciben otra vez más a la paciente? Respuesta: Con base en unos exámenes no puedo darle salida a un paciente si antes no lo he revisado, examinado y me cercioro que pueda ser que esos exámenes estén falsos y el examen físico me muestra otra cosa, entonces yo a ese paciente lo detengo y lo dejo, sería de mi parte irresponsable decir como estaba la paciente en el momento de egreso de la anterior

institución donde la atendieron, ya tocaría que revisaran esa parte como fue el alta, lo que si tenemos completamente claro es que en el momento de ingreso al Hospital san Rafael se le tomaron los exámenes y desde ese mismo momento nos mostró la falla orgánica múltiple, inclusive la paciente llego ventilada, porque cuando llego primero a consultar, según dice la historia clínica, consulto primero a Salucoop, allá convulsiono la intubaron y la enviaron como urgencia y cuando llego s ele tomaron los exámenes y entrada estaba, estuvo hasta dos días antes en la clínica Salucoop, no podría decirles si después de que salió fue que presento eso, o cuando salió iba presentando, ya les tocaría mirar la otra historia pero no puedo dar una opinión acerca de eso. ¿Qué relación tiene la insuficiencia renal con la cardiomegalia c y e en una evolución del 10%, según la historia clínica aportada en el 2012 del 12 de diciembre del 19? Respondió: El corazón es el que como les explicaba nos envía la sangre a todos los órganos y es el que nos da el oxígeno, todas las células de nuestro cuerpo desde la uña hasta la célula más importante del cerebro trabajan con 2 cosas, oxígeno y glucosa, cuando por alguna razón esos elementos faltan, pues obviamente comienzan a disfuncional, entonces estaos hablando que el paciente llego en un shock misto, cardiogénico, es decir, el corazón no estaba funcionando y si no funciona el corazón, no inyecta la sangre hacia los demás órganos y ahí comienza a presentarse la falla multiorganica de esa paciente, porque hay otros que comienzan por otros lados, por una infección por ejemplo..., entonces entre un 30 y un 50% de los pacientes que entran a UCI pueden desarrollar una insuficiencia renal aguda y de eso es un 15 a un 20% necesita terapia de reemplazo renal, eso en condiciones normales, ya cuando un paciente ingresa con falla renal, pues ya muy seguramente estaba instaurada por las horas o los días previos que estuvo bajo esa situación, entonces el hecho de la falla renal muy probablemente se debe a un inadecuado gasto cardiaco que no le hace llegar la sangre a los diferentes órganos y pues obviamente comienzan a fallar progresivamente, pues se encuentran sin el sustrato para el metabolismo y el funcionamiento. ¿Cuándo hay una ecografía obstétrica de grado 3 donde consta por las medidas de los huesos largos cortos, sugestivo “de displacia esquelética” hay certeza de que esa enfermedad exista? Respuesta: Muy respetuosamente yo digo que siempre confirmo, podemos estar mirando el examen pero yo no puedo confiar ciegamente, a mí me dicen que hay un examen más que no le estamos haciendo al paciente vivo sino a través de la pared abdominal de la mama, y hay ciertos falsos positivos en las ecografías que normalmente nos hacen a personas, pues deben haber un poco más de falsos positivos en las ecografías que se hacen a través de otra persona a través del líquido amniótico, obviamente yo digo respeto mucho y seguramente con los avances científicos cada vez es más alto, pero yo generalmente, miro mi paciente tomo las medidas, o hago el examen físico y si la ecografía ya me dice es algo ayudante, pero creer solo en un examen no es, y personalmente la experiencia nos dice que entrar con un examen a tomar una determinación ya sea quirúrgica o médica, puede llevar a errores, entonces, yo personalmente no lo hago, toca estar cerciorados con un examen físico y si me plantea lo mismo, empiezo a desarrollar el resto de plan terapéutico o medidas diagnosticas a que hubiere lugar.

La valoración de las pruebas analizadas deben tener como punto de partida el estudio y marco legal y jurisprudencial de la responsabilidad por actividad médico asistencial efectuado en precedencia, allí se dejó claro que la carga de acreditar el incumplimiento del contenido obligacional, esto es, la falla del servicio, radica en cabeza de la parte demandante, a quien le corresponde demostrar que la atención fue tardía, deficiente o inexistente, a través de los medios probatorios autorizados por la ley, sin que como lo mencionamos, exista tarifa legal al respecto.

Lo anterior resulta de especial relevancia para desatar la *Litis* planteada, si bien no es posible restar importancia al material probatorio recaudado o darle más relevancia a una prueba sobre otra²⁵, pues no se puede desconocer el análisis conjunto de las pruebas con el apoyo en la *lex artis*, entendida como la posibilidad de recurrir a la literatura médica por

²⁵ Consejo de Estado. Sentencia del 14 de septiembre de 2016. Sección Tercera- Subsección A

parte del funcionario judicial, teoría que ha tenido el beneplácito del tratadista Jairo Parra Quijano quien ha sostenido:

“El juez sobre un tema científico o técnico puede utilizar doctrina sobre la materia, precisamente para hacer inducciones, como se expuso anteriormente.

Al no existir tarifa legal para valorar la prueba pericial, mayor es el compromiso del juez para adquirir, sobre la materia sobre la cual verse el dictamen técnico o científico, unos conocimientos basilares que le permitan entenderlo, explicarlo en términos comunes (en lo que sea necesario)”²⁶

Como se colige de lo expuesto, el juez puede valerse de la literatura médica reconocida, no como medio probatorio independiente, sino como una guía que permita ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso, de tal manera que se obtenga un mejor conocimiento en relación con el objeto de la prueba y de los otros medios de prueba vertidos en el proceso, lo que sin lugar a dudas redundará en una decisión justa²⁷.

De otro lado, como fue citado por el superior funcional de este Despacho en sentencia citada, el Consejo de Estado, ha hecho precisión al señalar que la historia clínica se constituye en uno de los más importantes elementos de convicción del juez en lo relativo a los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa al paciente, información que podemos interpretar o entender de una mejor manera con consulta bibliográfica especializada.

Ahora bien, de los cargos endilgados por la parte demandante para deprecar de ellos responsabilidad administrativa de las instituciones prestadoras de salud demandadas, se tiene que uno se edifica en la hipótesis de una falla médica en el servicio prestado por los facultativos del Hospital San Rafael de Tunja, quienes no dieron importancia ni determinaron un procedimiento de atención especial a la menor una vez nace, dado que a juicio de la parte actora, si existía evidencia en la historia clínica de la menor, cuando estaba en período de gestación, de que presentaba una anomalía en su estructura ósea, esto es, presentaba huesos largos cortos, lo que en la ecografía transvaginal grado III practicada, y a la cual ya hizo referencia el despacho, se señalaba como sugerencia de displasia esquelética.

Los testigos técnicos en sus intervenciones aclaraban que en efecto podría existir un diagnóstico sugestivo de tal patología, sin embargo señalan que al nacer y tomarle las medidas se entendió que su estructura era normal y que por tanto no ameritaba la atención y seguimiento necesario de una displasia, sin embargo, en la referida historia clínica se consignó como evidente la displasia advertida ecográficamente, a folio 354 del expediente, en el documento epicrisis continua del Hospital San Rafael de Tunja, documento aportado por la demandada, en anotación hecha el 23 de septiembre de 2012, en el punto relacionado con diagnósticos se refieren a: “feto único vivo- displasia esquelética”, tal observación fue efectuada el día del nacimiento de la menor CAROL NICOL. La misma evidencia aparece en el documento “datos de la atención de urgencias” que aparece en la historia clínica de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE cuando al referirse a la ecografía del último trimestre aparece la siguiente anotación:” Según ecografía de último trimestre en presentación podálica que demuestra medidas de huesos largos cortos (29-30 semanas) con una diferencia de 4 semanas, sugestivo de displasia esquelética...”. También en el documento denominado “Datos de atención en urgencias” del Hospital San Rafael de Tunja, contenido en la historia médica de la madre, obrante a folio 377 del expediente, se consignó el 21 de septiembre de 2012 que luego de revisar por sistemas se reconocía la displasia esquelética fetal como antecedente, el cual se consignó de la valoración efectuada a través de la ecografía practicada a las 35 semanas de gestación por ecografía (ver anverso folio 377 C2). En el documento “Evolución Médica” que aparece en el folio 378 C.2 del expediente y que hace parte de la

²⁶ PARRA QUIJANO, Jairo “Aporte de la jurisprudencia del Consejo de Estado al tema de la prueba pericial” Ed. Universidad Externando de Colombia. Jornadas de Derecho Administrativo p.641

²⁷ Tribunal Administrativo de Boyacá. Sentencia del 10 de abril de 2018 M.P. José Asención Fernández Osorio

historia clínica de la madre se consigna el 22 de septiembre de 2012: “feto único vivo-displasia Esquelética fetal”. En el documento “Atención integrada de la embarazada y el recién nacido (obrante a folio 399 C.2) de la historia clínica de la señora SUAREZ NONSOQUE se hace una relación de las ecografías practicadas, reseñando que a las 35 semanas de gestación se planteaba como hallazgo displasia esquelética fetal, la que si bien no es determinada como diagnóstico al efectuar el examen físico, si debió ser valorada y estimada, pues cuando se revisaron extremidades se constató: “leve acortamiento femoral”, esto es había un indicio claro y contundente de la existencia de la reseñada patología.

Ahora bien, recurriendo precisamente a la *lex artis* (tratamiento o actuación médica típicamente aplicable al caso específico teniendo en cuenta la especialización del autor, la complejidad y trascendencia vital para el paciente), es menester referirnos a lo señalado en la Revista Médica Clínica los Condes respecto al manejo de displasias esqueléticas²⁸, dicha literatura luego de hacer un recorrido conceptual relacionado con tal patología, al que hicieron referencia en detalle los testigos técnicos que intervinieron en el proceso, señala que: “El estudio radiológico es fundamental para confirmar la afección ósea e intentar aproximarse a un diagnóstico preciso, pero requiere de especialistas expertos”. En el documento aludido luego de relacionar las distintas modalidades de displasias señala que: “Al realizar el estudio genético-molecular de estas enfermedades, 316 presentaron alteraciones en alguno de los 226 genes descritos a esa fecha como relacionados con trastornos primarios del esqueleto”. A modo de presagio señala el estudio que: “Las DE que se presentan y sospechan en forma precoz se acompañan por lo general de un compromiso más severo y se estima que una cuarta parte de ellas podrían ser letales en el período neonatal temprano”.

Respecto al manejo señala el estudio: “Sabemos que los pacientes con DE requieren de un manejo multidisciplinario e integral, que día a día conocemos de nuevos genes involucrados en la patogenia de estas enfermedades y que contamos con nuevas posibilidades terapéuticas para ofrecer a nuestros pacientes”. Los autores del estudio enfatizaron en lo que respecta a la atención lo siguiente: “(...) consideramos importante partir haciendo un énfasis especial en la sospecha clínica temprana, destacar luego la necesidad de un estudio radiológico adecuado y en manos expertas y finalmente conocer que existen posibilidades terapéuticas que pueden mejorar deformidades y eventualmente la talla final. Estas técnicas quirúrgicas han tenido grandes avances en los últimos tiempos, especialmente en lo que se refiere al alargamiento óseo”. Ante la sospecha clínica de la patología señaló el estudio: “Una adecuada aproximación clínica permitirá, tras una evaluación radiológica en manos expertas una orientación diagnóstica más precisa, que puede ser confirmada con un estudio molecular específico. El tener un diagnóstico preciso es fundamental en decidir una adecuada conducta terapéutica, incluyendo un correcto asesoramiento al paciente y su familia”. En relación con los indicios que permiten sospechar una displasia esquelética determinaron los autores: “La forma de presentación clínica que con mayor frecuencia conduce al pediatra o al especialista (endocrinólogo o genetista) hacia la sospecha de una DE es la talla baja. Se define como talla baja aquella ubicada bajo el percentil 3 o bajo 2 desviaciones estándar de las curvas de referencia según edad, sexo y etnia. Al evaluar un paciente con talla baja, debemos cuidadosamente analizar las proporciones corporales. Estas deben incluir la medición del perímetro craneano, la envergadura o distancia entre la punta de los dedos medios de las manos, la medición del segmento inferior o distancia entre la sínfisis púbica ([Figura 1](#)) y la planta de los pies y el segmento superior, que se calcula con la diferencia entre la talla y el segmento inferior o se infiere de la medición de talla sentado. La desproporción corporal se objetivará tras comparar estas medidas con los valores de referencia normales por edad ([Figura 2](#)).

²⁸ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-displasias-esqueleticas-S0716864015000954>

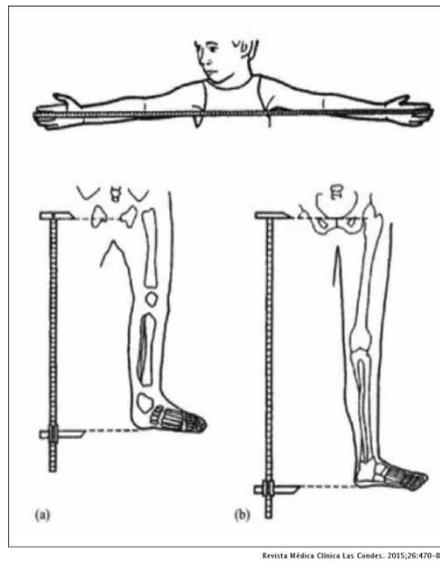


Figura 1 (medición de la envergadura y segmento inferior)

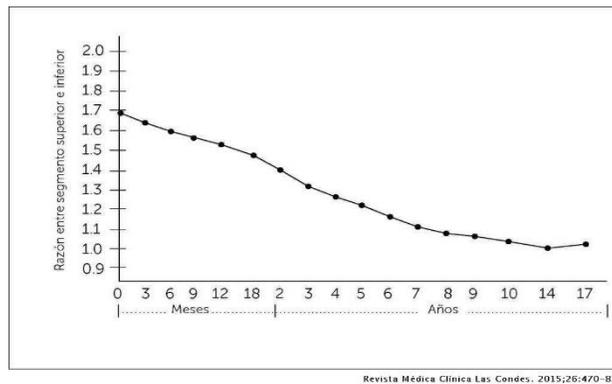


Figura 2 (variación según edad del ratio entre segmento superior e inferior)

Cuando se define que el paciente tiene talla baja desproporcionada se deberá especificar: “*si existe un acortamiento de extremidades, si este es proximal o que afecta el húmero y/o el fémur (compromiso rizomélico), medial o que afecta radio/cúbito y/o tibia/peroné (compromiso mesomélico) o si es distal o que afecta manos y/o pies (compromiso acromélico). También según las proporciones corporales podemos definir exista un acortamiento de tronco que nos hace sospechar clínicamente compromiso de columna. También debemos evaluar la presencia de malformaciones asociadas, ya sean menores y/o mayores (cardíacas, oculares u otras) y el desarrollo psicomotor, que pueden orientar a un diagnóstico específico.*”

Haciendo alusión a la historia clínica señaló el estudio traído a colación: “*En la historia clínica es fundamental la búsqueda de antecedentes familiares que orienten a DE, considerar talla de familiares, consanguinidad y/o el antecedente de abortos o mortinatos. Se debe preguntar por historia de osteoartritis precoz, prótesis de caderas, escoliosis grave, entre otras. Además, debemos realizar una genealogía que incluya, idealmente, al menos tres generaciones. Muchas veces la talla baja es un diagnóstico que se repite en varios integrantes de una familia, así la talla baja familiar se ha considerado por mucho tiempo como una variante normal del crecimiento. Hoy, gracias a la posibilidad de estudios moleculares, hemos comprendido que muchas de estas tallas bajas familiares pueden corresponder a una DE y que los afectados podrían beneficiarse de alguna terapia específica. Cuando contamos con una historia familiar positiva para una determinada DE, podemos prospectivamente sospechar afección en periodo prenatal o frente a ciertos hallazgos ecográficos. Dentro de estos se incluye la presencia de retraso*

del crecimiento intrauterino, desproporción de segmentos, alteraciones de la densidad ósea y presencia de fracturas. Frente a algunas asociaciones, ejemplo: fémur corto, frente abombada, puente nasal plano, manos en tridente, podemos sospechar una acondroplasia. Frente al hallazgo de fracturas en periodo intrauterino, lo más probable que corresponda a una ontogénesis imperfecta”.

Frente al hallazgo de displasia esquelética se señala: *” Es importante intentar establecer un diagnóstico lo más preciso posible en el prenatal, especialmente ante la sospecha de una DE letal, incluyendo incluso estudios genéticos específicos. Esto permitirá planificar el manejo obstétrico y neonatal y realizar un adecuado asesoramiento genético a la familia”.* En relación con el control pediátrico en el periodo neonatal se reseñó: *“Luego, los endocrinólogos destacamos la necesidad de un control pediátrico periódico que permita realizar una curva de crecimiento desde el periodo neonatal. Esta curva junto a los antecedentes familiares y la medición de las proporciones corporales permitirán en forma más clara sospechar patología esquelética subyacente”.* Plantea el estudio frente a las displasias esqueléticas que: *” Las DE son un desafío diagnóstico complejo, **se requiere de una alta y temprana sospecha clínica, incluso desde el prenatal, del apoyo de especialistas expertos que trabajen en forma coordinada permitiendo así ofrecer eventuales terapias en forma oportuna** y un apoyo global a la familia”.* (negritas fuera de texto)

Frente al estudio imagenológico en sospecha de displasia esquelética plantean los autores del estudio revisado: *“La evaluación por imágenes en estos pacientes se orienta a confirmar o descartar la sospecha clínica de DE u otra alteración ósea. Habitualmente el estudio radiológico se solicita en niños con talla baja o pacientes que nacen con alguna malformación o dismorfias, en que se sospecha un compromiso radiológico subyacente. Existen variadas guías y recomendaciones que intentan definir los exámenes radiológicos requeridos en el estudio de los niños con sospecha de DE. Los pacientes que clínicamente se evalúan como **“baja estatura proporcionada”**, sin otras alteraciones al examen físico, sólo requieren una radiografía de mano para evaluación de edad ósea como estudio inicial por imágenes, evitando así exposición innecesaria a radiación. En pacientes con **“talla baja desproporcionada”** se recomienda el estudio radiológico genético, también llamado estudio esquelético, que consiste en radiografías de los distintos segmentos corporales que pueden aportar al diagnóstico definitivo, considerando siempre involucrar la menor dosis de radiación para el niño”.*

Ahora bien, en materia de tratamiento ante sospecha de displasia esquelética es menester revisar la *“Guía de práctica clínica” para “Detección de anomalías congénitas en el recién nacido”* del Ministerio de Salud- 2013- Guía No. 03-²⁹ en ella se define como anomalía congénita: *“Las anomalías congénitas o defectos congénitos son un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por alteraciones estructurales, funcionales o moleculares en un neonato, heredadas o no, producidas por factores desencadenantes antes de la concepción o durante la gestación a nivel genético, cromosómico o tisular y cuyas manifestaciones clínicas pueden ser aparentes mediante abordajes prenatales específicos, en el momento mismo del nacimiento o en etapas subsiguientes. En este grupo se incluye a las malformaciones congénitas, disrupciones, deformidades congénitas, **displasias**, trastornos metabólicos y alteraciones funcionales. Es sinónimo de Defecto Congénito”.* Resaltado fuera de texto.

La guía aludida plantea como causas genéticas (Preconcepcionales) las anormalidades cromosómicas, las enfermedades unigénicas y las enfermedades multifactoriales. La displasia se encuentra clasificada dentro de la clasificación de los defectos congénitos como una anomalía basada en cambios histológicos, definida esta clasificación como:

²⁹https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Completa_Anom_Con ge.pdf

“Las anomalías congénitas tienen como base alteraciones histológicas que explican su presentación clínica. El daño puede ser en uno o más tejidos que llevará a la afectación de uno o varios órganos. La afectación de varios sistemas es explicable desde el desarrollo embriológico donde se puede ver alterados los tejidos fundamentales provenientes del ectodermo, mesodermo o endodermo”.

La guía define la displasia como: *“Es la organización o histogénesis anormal de las células de un tejido específico. Genera alteración en la función del órgano afectado y en algunos casos en la morfología. Dentro de los ejemplos de displasia está el síndrome de Marfán, la displasia ectodérmica o las displasias esqueléticas”.* El documento estudiado establece como factor de riesgo que influencia la distribución global de los defectos congénitos entre otros a la consanguinidad, señala que se ha demostrado en varias ocasiones la relación entre uniones consanguíneas y aumento de las malformaciones específicas³⁰.

La guía plantea como alcance: *“Se trata de una guía de detección de anomalías congénitas del recién nacido aparentemente sano y a término. Las recomendaciones cubren aspectos involucrados en la detección clínica y paraclínica de anomalías congénitas en recién nacidos durante su atención en sala de partos, servicio de hospitalización conjunta post-parto madre-hijo, y unidad de recién nacidos de nivel I, II, III (...)”.* Señala, además: *“En la guía, en lugar de evaluar alternativas ya existentes (como se hace en una guía habitual de manejo clínico) para tomar decisiones sobre intervenciones diagnósticas o terapéuticas, lo que se hace es diseñar y proponer una estrategia de detección que se apoya en evidencia científica de diferentes orígenes (investigación básica, estudios de prevalencia, experiencia y recomendación de las disciplinas relacionadas con administración en salud)”.*

La guía propone 4 actividades estratégicas fundamentales las cuales recomiendan procedimientos basados en la mejor evidencia disponible. Las actividades estratégicas propuestas son:

1. *Un examen físico estandarizado en RN a término aparentemente sano realizado cuando el recién nacido completa la transición mediata. Esta recomendación basada en evidencia está apoyada en las respuestas basadas en evidencia a una serie de 5 preguntas básicas:*

- a) *¿Cuáles hallazgos en el examen físico deben ser buscados porque implican mayor riesgo de anomalías congénitas no evidentes?*
- b) *¿Qué hacer ante la presencia de anomalías congénitas menores en el examen físico del recién nacido?*
- c) ***¿Como se continua el estudio del recién nacido en quien se han detectado signos sugestivos de anomalías congénitas mayores y menores en el examen físico?***
- d) *¿El uso de sistemas estandarizados comparado con el examen físico abierto mejora el desempeño diagnóstico de AC?*
- e) *¿En recién nacidos RN a término, como se debe hacer la tamización para la detección de enfermedades cardíacas congénitas?*

2. *En los sujetos con examen físico normal, se hace una evaluación sistematizada de antecedentes. El instrumento de evaluación sistematizada se genera a partir de la*

³⁰ *Guía de práctica clínica* para “Detección de anomalías congénitas en el recién nacido” del Ministerio de Salud- 2013- Guía No. 03 p. 41

respuesta basada en evidencia de la pregunta: ¿Cuáles antecedentes se deben evaluar en la historia clínica como parte de la estrategia de búsqueda de anomalía congénita, en recién nacidos vivos con examen físico estandarizado normal?

3. *Además, hay una estrategia para la búsqueda de anomalías específicas que no se detectan por historia o examen físico (anomalías “ocultas”): cardiopatía congénita (tamización con oximetría), tamización auditiva universal (potenciales evocados y emisión otoacústica) y errores innatos del metabolismo. Para cada una de ellas hay una respuesta basada en evidencia y una recomendación del tipo habitual en guías de práctica clínica.*
4. *Comunicación de los resultados del tamizado a los padres: no hay evidencia empírica, pero hay buenas prácticas bien establecidas que tienen aspectos éticos, humanos y legales”. (resaltado fuera de texto)*

La guía propone contestar preguntas clínicas elaborando recomendaciones basadas en evidencia respecto de:

1 Tópico 1

¿Cómo se debe hacer la detección postnatal de anomalías congénitas en los recién nacidos vivos?

- ¿Cuáles hallazgos en el examen físico deben ser buscados porque implican mayor riesgo de anomalías congénitas no evidentes?
- ¿Qué hacer ante la presencia de anomalías congénitas menores en el examen físico del recién nacido?
- **¿Cómo se continúa el estudio del recién nacido en quién se han detectado signos sugestivos de anomalías congénitas mayores y menores en el examen físico?**
- ¿El uso de sistemas estandarizados comparado con el examen físico abierto mejora el desempeño diagnóstico de AC?
- ¿En recién nacidos RN a término, cómo se debe hacer la tamización para la detección de enfermedades cardíacas congénitas?

2 Tópico 2

¿Cuáles antecedentes se deben evaluar en la historia clínica como parte de la estrategia de búsqueda de anomalía congénita, en recién nacidos vivos con examen físico estandarizado normal?

3 Tópico 3

¿Cómo debe realizarse la tamización auditiva y de errores innatos del metabolismo (EIM) en los recién nacidos vivos?

- ¿Cuáles EIM deben incluirse en la tamización universal?
- ¿En qué momento se debe realizar la tamización auditiva y cómo debe realizarse?
- ¿Cómo debe hacerse la tamización para hipotiroidismo y cuál es el momento adecuado para hacerlo?
- ¿En la tamización universal ampliada de EIM del recién nacido, cuál es el momento indicado más eficiente (mayor sensibilidad, mayor especificidad) para la toma de muestras (48 horas versus a las 72 horas o a los 7 días de vida) y de dónde debe tomarse la muestra?

4 Tópico 4

¿Cómo comunicar noticias a los padres que tienen hijos con anomalías congénitas?

La guía traída a colación, está dirigida al personal clínico asistencial responsable de la valoración y el manejo inicial del recién nacido sano o enfermo, que incluye médicos generales, obstetras, pediatras y neonatólogos.

Las guías para la práctica clínica (GPC) basadas en la evidencia han sido definidas como: *“recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a los profesionales de la salud y a los pacientes en la toma de decisiones respecto al cuidado de salud más apropiado, en circunstancias clínicas específicas”*. Representan la síntesis de grandes volúmenes de conocimiento en un formato apto para ser usado por quienes participan en la toma de decisiones sobre la salud. Esto incluye a médicos y a otros profesionales de la salud que prestan directamente el servicio, administradores, hacedores de políticas, actores de sistemas de aseguramiento, pacientes y sus familias.

En el acápite de recomendaciones se refiere al tópico 1 Examen Físico, el grupo que desarrolló la guía responde la pregunta *¿Cómo se debe hacer la detección postnatal de anomalías congénitas en los recién nacidos vivos?*, señalando que: *“...propone el uso de una estrategia racional y sistemática de detección de anomalías congénitas (AC) a través de pasos sucesivos realizados después del nacimiento de un niño vivo: examen físico estandarizado, búsqueda de factores de riesgo, remisión a medicina especializada cuando sea necesario y en todos los casos tamización universal auditiva y de un grupo específico de errores innatos del metabolismo. Dentro del examen físico estandarizado se propone la realización universal de oximetría después de las 24 horas de nacido, como estrategia de tamización para cardiopatías congénitas”*.

Las anomalías congénitas incluyen alteraciones de la estructura o función de un ser humano (ver conceptualización) presentes en el momento del nacimiento. La detección de las anomalías estructurales (malformaciones) debe tener en cuenta el examen físico y los antecedentes familiares y prenatales. En los defectos funcionales o metabólicos generalmente inaparentes en el momento de nacer, la detección debe hacerse mediante tamización que permita encontrar los posibles afectados con pruebas de bajo costo y alta sensibilidad. Por esta razón se busca proponer una estrategia única e integrada para su detección. La búsqueda de anomalías congénitas en el periodo postnatal comienza desde el momento de la atención del niño en sala de partos, adaptándose a las circunstancias y características de cada neonato. Hay recién nacidos con problemas de transición o de vitalidad que ameritan intervenciones específicas y eventual hospitalización y manejo. La búsqueda y evaluación de AC en este grupo se difiere hasta el momento en que sea clínicamente prudente y oportuno³¹. Dentro del examen físico estandarizado se propone la realización universal de oximetría después de las 24 horas de nacido, como estrategia de tamización para cardiopatías congénitas.

La guía determina: *“En los niños con un examen físico aparentemente normal, el profesional de la salud procederá a evaluar sistemáticamente la presencia de factores de riesgo para la ocurrencia de AC. Los recién nacidos con un primer examen físico sistemático normal y en quienes el interrogatorio dirigido a los informantes no identifica factores de riesgo, deben continuar con el seguimiento rutinario del recién nacido y del lactante, que incluye las tamizaciones auditivas y de errores innatos del metabolismo. La tamización del recién nacido se discutirá más adelante en la presente guía. Aquellos otros en quienes el interrogatorio detecta la presencia de factores de riesgo, deben ser examinados de nuevo dentro de las siguientes 48 a 72 horas”*.

Las anomalías congénitas pueden ser muy evidentes al examen físico llevando al equipo de salud a tomar medidas respecto a los recién nacidos que cumplen con esta condición.

³¹ Ibídem p. 83

(...). La dificultad en la detección de anomalías se presenta cuando estas son sutiles o se encuentran dentro de las cavidades corporales sin manifestaciones externas evidentes. Por esta razón es importante determinar cuál debe ser el enfoque para realizar un examen físico sensible a la mayoría de anomalías congénitas que van a poner en peligro la vida o la salud de un recién nacido³².

A la pregunta: ¿Cómo se continúa el estudio del recién nacido en quién se han detectado signos sugestivos de anomalías congénitas mayores y menores en el examen físico? Se responde: *“El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorados mediante el examen físico sistemático **debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continúe el estudio correspondiente**”.* (resaltado del Despacho)

Al cuestionamiento: ¿En recién nacidos RN a término cómo se hace la tamización para detección de enfermedades cardíacas congénitas?

Se responde:

“La tamización postnatal de cardiopatías congénitas se realiza mediante examen físico, la oximetría de pulso y el ecocardiograma. La tamización prenatal no será objeto para esta revisión.

La oximetría de pulso es una herramienta útil en aquellos casos en los que aunque se presenta una auscultación cardíaca normal, existe mezcla de sangre oxigenada y no oxigenada que puede o no estar asociada con cianosis. La pulsoximetría es una prueba simple, no invasiva, que estima la saturación arterial de oxígeno midiendo mediante la absorción de luz, el porcentaje de hemoglobina sanguínea saturada con oxígeno. Se toman como niveles normales los mismos que los encontrados en las mediciones de gases arteriales neonatales; estos valores pueden ser influenciados por la altura sobre el nivel del mar, por lo que es imperativo tener los valores de referencia adecuados. La precisión de la lectura de los oxímetros varía: si la saturación es mayor de 70% esta variabilidad es de $\pm 2\%$ y si es menor de 70% es de $\pm 4\%$. La exactitud y la precisión de esta medición se ve afectada por la perfusión en las extremidades, la temperatura, pigmentación cutánea y por los movimientos.

La oximetría puede dar falsos positivos cuando se hace tempranamente (antes de 24 horas) debido a la transición fisiológica de la circulación fetal a la neonatal y a la estabilización sistémica de los niveles de saturación de oxígeno. Cuando la prueba se realiza tardíamente (luego de 48 horas), se puede perder la oportunidad para alguna intervención antes del cierre del conducto arterioso. La medición debe hacerse en la mano derecha y en alguno de los pies, ya sea al mismo tiempo o una seguida de la otra.

³² Ejustem p.87

La guía en estudio da una importancia como factor de riesgo familiar para anomalías congénitas a los antecedentes familiares, lo que infiere una auscultación exhaustiva de tales referencias por parte del personal médico; además, plantea la evaluación de factores de riesgo prenatales que tienen su base en los controles efectuados, pruebas practicadas y en especial la prueba ecográfica, si fueron en ella detectadas anomalías (algoritmos 2 y 3 factores de riesgo que referiremos a continuación).

El documento reseñado plantea una recomendación de cuáles antecedentes se deben evaluar en la historia clínica como parte de la estrategia de búsqueda de anomalía congénita en recién nacidos vivos, partiendo de la consanguinidad parental (hasta primos hermanos), por tal razón recomienda evaluar los siguientes antecedentes:

- Enfermedades genéticas
- Teratógenos biológicos
- Agentes físicos, químicos y tóxicos
- Otros Teratógenos

Durante el proceso de la anamnesis es indispensable hacer énfasis en los antecedentes de los pacientes para evaluar la presencia de riesgo de AC. Estos antecedentes pueden llegar a ser muy variados, heterogéneos, difíciles de obtener y en ocasiones incompletos, por lo que se requerirá de evaluaciones clínicas ordenadas para abarcar los antecedentes más significativos.

Propone la guía que:

“Un antecedente que siempre debe ser investigado es si durante la gestación se realizaron pruebas de detección de anomalía congénita, incluyendo exámenes imagenológicos, y consignar los resultados de los mismos.

Por medio de nuevas tecnologías en salud, se ha podido perfeccionar más la praxis de la tamización y diagnóstico imagenológico en obstetricia (51;52).

Tecnologías en salud como la ecografía de tercer nivel o la RNM materno fetal, pueden ser consideradas en el seguimiento de las gestantes (53;54). Con el apoyo de equipos de última generación y personal altamente calificado se pueden realizar abordajes diagnósticos de AC mayores y por lo tanto, estos abordajes pueden ser considerados útiles en la detección de AC (55).

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

Se deben considerar los hallazgos imagenológicos relacionados con anomalías mayores, ya que éstas generan reducción en la expectativa y calidad de vida del paciente y son susceptibles de ser identificadas por ecografía de tercer nivel y/o RNM materno fetal (52;56-59). Se requiere que estos hallazgos sean confirmados en el periodo neonatal”.

En anexo de la guía se proponen estándares de manejo y examen físico, hacemos énfasis en evaluación de extremidades inferiores donde recomiendan el siguiente procedimiento (pág.219) :

*EXAMEN: Observación, palpación y movimientos pasivos. HALLAZGOS:
Miembros inferiores cortos
Asimétricos Amelia: ausencia de uno de los miembros o de ambos.
Sirenomelia: fusión de los miembros.
Rizomelia, Mesomelia y acromelia (ver definición en miembros inferiores).*

(...)

b) FEMUR:

EXAMEN: Observación y palpación. HALLAZGOS:

- *Hipoplasia de fémur.*
- *Fémur cóncavo*
- *Fémur corto*

En materia de displasias esqueléticas se señala:

“Todo niño recién nacido, vivo o muerto con baja talla, desproporción entre tronco y miembros y/o estrechez torácica y/o porque le parece sospechoso de displasia esquelética por cualquier otro motivo.”

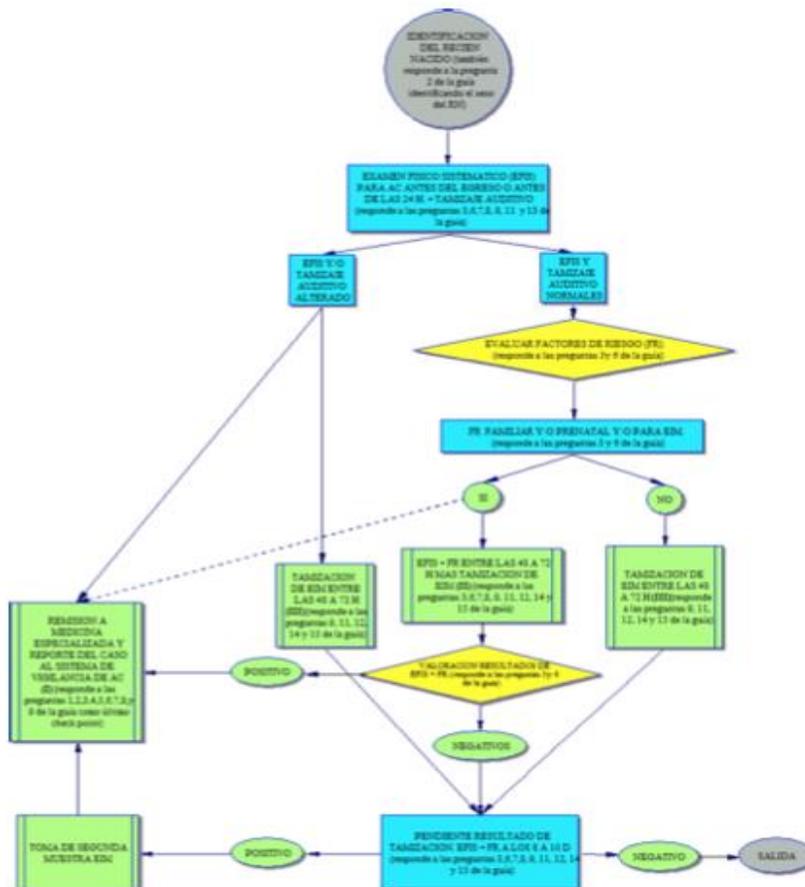
La guía en el manejo de anomalías congénitas señala que para todos los recién nacidos se recomienda aplicar los tres algoritmos incluidos en los anexos antes de egreso o antes de las 24 horas, lo que se produzca primero.

Conductas recomendadas:

- En el caso de encontrar una malformación, disrupción o deformación mayor aislada o acompañada de otra anomalía debe ser reportado como recién nacido malformado (Sumanovic D, 2009)⁹²(Chambers CD, 2011)⁹³ (Brent RL, 2004)
- Dada la alta heterogeneidad clínica en el abordaje (Opitz J.M. 2000)⁹⁵, seguimiento, manejo e intervención de los resultados obtenidos por la detección de AC en los recién nacidos, se consideró que cada recién nacido vivo en quien se sospeche anomalía congénita, independiente de su edad gestacional, sea sometido a un instrumento sistemático, reproducible, altamente sensible y costo efectivo, que puede aplicarse en distintas etapas del desarrollo del RN (antes del egreso, a las 48-72 horas y a los 8 días de vida) (Little J. 2009)
- El algoritmo 1, que es una variación del proceso normal de la anamnesis, inicia con una inspección sistemática del examen físico (EFIS), seguido de la búsqueda activa de factores de riesgo (FR) para AC que cubre antecedentes familiares y prenatales.
- Dependiendo de cuál sea el resultado de este proceso, el paciente será derivado a: 1) un EFIS y FR a las 48 a 72 horas de vida; 2) remisión a medicina especializada.

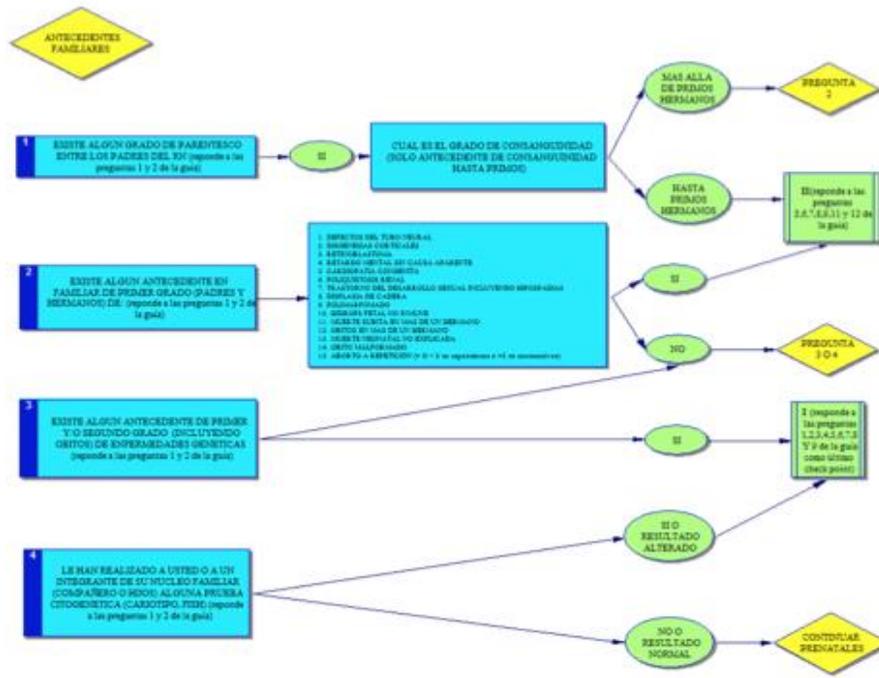
Algoritmos

Algoritmo 1



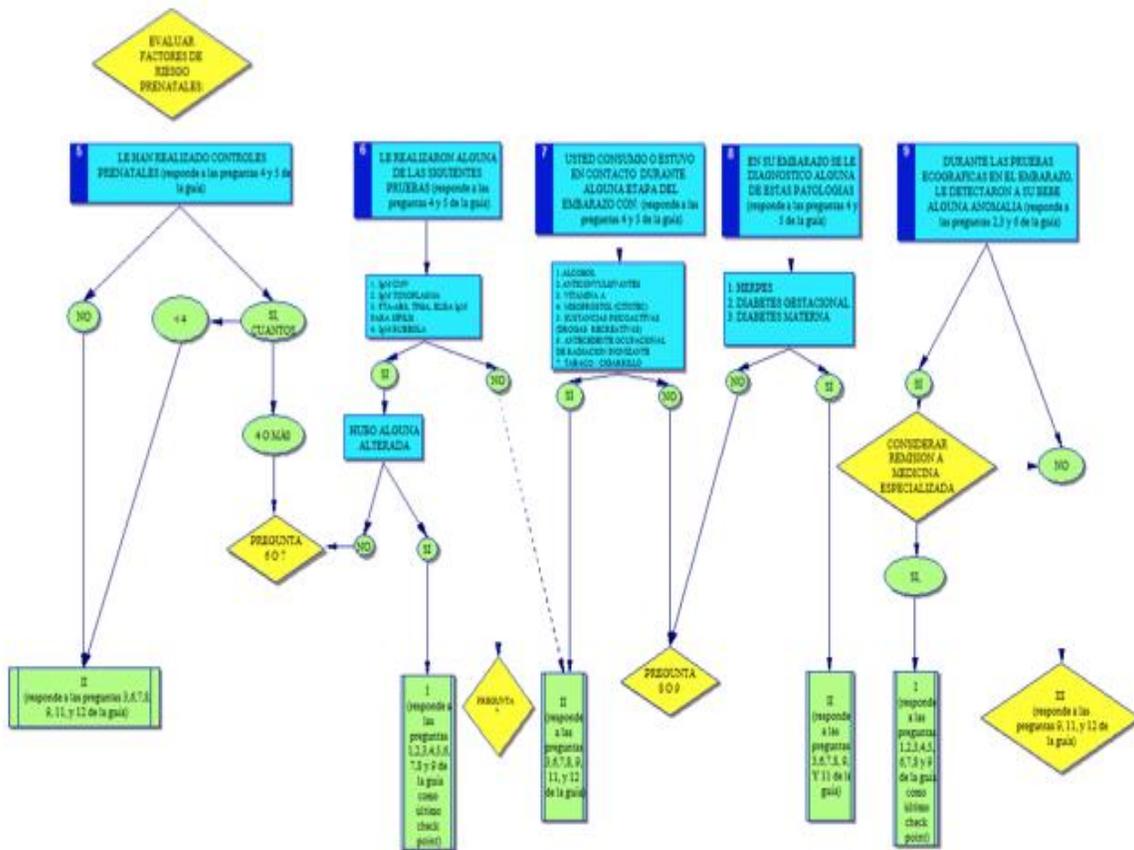
Algoritmo 2

Factores de riesgo Familiares para AC



Algoritmo 3

Factores de Riesgo prenatales para AC



*“El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorados mediante el Examen físico sistemático debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continúe el estudio correspondiente, el cual además debe reportar el caso al sistema de vigilancia de anomalías congénitas (Askin D. F. 2009, NHS. 2008); **Error! Marcador no definido.**116. Dicho centro de remisión, también debe contar la suficiente dotación en de tecnologías en salud, que dependiendo de la anomalía, requerirá la solicitud de exámenes complementarios, como por ejemplo Resonador Magnético y Tomógrafo, Ecocardiógrafos, ecógrafos y equipo de Rayos X y en primera instancia Citogenética convencional (Forester, M, 2004) (Jackson MJ 2011)”*

En relación con el acto médico propiamente dicho, que es el tema de interés para la solución del caso concreto, se señala que los resultados fallidos en la prestación de ese servicio, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en las intervenciones quirúrgicas, no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causas naturales, como aquéllos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió como era de esperarse a esos tratamientos, o porque en ese momento aun no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del Estado.

Por lo tanto, frente a tales fracasos, la falla del servicio se deriva de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la *lex artis*.

En otros términos, dado que con la prestación del servicio médico se busca interrumpir el proceso causal que, por causas naturales o externas, produce o amenaza con producir el deterioro o la pérdida de la integridad corporal, con el fin de lograr la curación, mejoramiento o, al menos, la sobrevivencia del paciente en condiciones de dignidad humana, dicho servicio debe prestarse de la manera más diligente, de acuerdo con el estado del arte en la materia. Sin embargo, no siempre es posible calificar la actuación médica como indebida a partir de los resultados obtenidos, hecha la salvedad de aquellos casos en los cuales el resultado en sí mismo es demostrativo de la falla o del nexo causal que no pueden ser superadas con los conocimientos científicos alcanzados, y tratamientos con efectos adversos inevitables, los cuales, sin embargo, deben ser ponderados por el médico en el balance riesgo-beneficio y advertidos al paciente con el fin de que éste decida libremente si se somete o no a ellos. A propósito de este tema, el Consejo de Estado con apoyo en la doctrina a señalado³⁴:

“[La valoración del acto médico] debe efectuarse de manera cuidadosa, teniendo en cuenta que en general, los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda, en mayor o menor grado, inciden por sí mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquéllos. Al respecto, considera la Sala acertadas las siguientes observaciones formuladas por el profesor Alberto Bueres:

‘...creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad médica el daño no es, de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil

³⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de junio de 2010, exp. 19.101, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

afirmar que existe un daño y, en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo³⁵.

‘Esta última afirmación nos conduce de la mano a reiterar que en tema de responsabilidad galénica, el contacto físico entre un profesional y un paciente que experimenta daños, no permite indefectiblemente imputar estos daños al susodicho profesional, pues las pruebas aportadas al proceso, con suma frecuencia, suscitan dudas acerca de si el obrar médico fue en verdad el que ocasionó los perjuicios...Frente al daño médico, es muy común que las constancias procesales pongan de manifiesto que el perjuicio pudo ocurrir por el hecho del profesional o por una o varias causas ajenas derivadas fortuitamente del propio estado de salud del enfermo –amén de los supuestos de hecho (o culpa) de éste último...’³⁶

No basta con acreditar una omisión en abstracto, en tratándose de la actividad médica, sino que por el contrario, se reclama una prueba que permita inferir, con visos de realidad, que la conducta asumida por el médico o ente hospitalario, deviene causa regular y adecuada de la consecuencia o evento dañino que se materializa, en el caso concreto, en la muerte del menor. La relación de causalidad en dicha actividad, se caracteriza por un particularismo específico, en relación con el régimen general, circunstancia esta que se sostiene, por las especiales características que tipifican la actividad médica y que exigen una consideración especial de parte del juzgador, en el momento de la valoración de la conducta que se considera causalmente ligada a los resultados nocivos. Dicho en otras palabras: En tratándose del acreditamiento del elemento causal, hácese indispensable la demostración de que la conducta del médico tratante o, en su caso, del centro hospitalario a quien se imputan las consecuencias dañinas, resultan ser la causa adecuada del desenlace producido en el paciente, pues sabido se tiene que el mero contacto del médico con el paciente, no resulta ser un elemento probatorio suficientemente descriptivo que permita tener por acreditada la causalidad exigida por el régimen de responsabilidad. En el caso concreto, no solamente se echa de menos la ausencia de prueba que le permita al juzgador atribuir el resultado muerte a una eventual conducta omisiva, pues se reitera, tan solo se sabe que el menor fue llevado al centro hospitalario, si no que igualmente, de la prueba recaudada tampoco puede predicarse que se haya presentado lo que el demandado califica como omisión³⁷”.

Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior³⁸. Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cual es la enfermedad que sufre el paciente. A este respecto, el órgano vértice de la jurisdicción contencioso administrativa ha destacado en varias de sus providencias, lo señalado por la doctrina:

“El respeto a tales deberes, que debe darse en todos los casos, es de máxima exigencia cuando el enfermo presenta un cuadro polimorfo en sus síntomas y

³⁵ Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Edit. Montecorvo, Madrid, 1985, p. 340. Sobre las causas concurrentes y la concausa, y la factibilidad de interrupción del nexo causal, ver Mosset Iturraspe. Responsabilidad Civil del médico, Edit. Astrea, Buenos Aires, 1979, p. 267 a 269.

³⁶ BUERES, Alberto J. “Responsabilidad Civil de los Médicos”, Edit. Hammurabi, Buenos Aires, 1992, p. 312, 313.

³⁷ Consejo de Estado. Sentencia de 11 de mayo de 1999, exp. 11.949.

³⁸ VASQUEZ FERREIRA ROBERTO. Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina”, Biblioteca Jurídica Dike, 1993, pág. 78.

signos, que haga difícil el diagnóstico, obligando a emitir únicamente diagnósticos presuntivos.

En tales circunstancias deben extremarse los medios para llegar a formular un diagnóstico cierto. Deben agotarse los análisis y demás recursos de la medicina actual. Empero no es suficiente su solicitud; es preciso su realización en tiempo oportuno -sin dilaciones o demoras inútiles- y su posterior estudio por el médico.

En los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados de un error de valoración, deberá estar demostrado que el servicio médico no se prestó adecuadamente porque se omitió interrogar al paciente o a su acompañante sobre la evolución de los síntomas que lo aquejaban; no sometió al enfermo a una valoración física completa y seria³⁹; omitió utilizar oportunamente todos los recursos técnicos a su alcance para confirmar o descartar un determinado diagnóstico; dejó de hacerle el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, o simplemente, incurrió en un error inexcusable para un profesional de su especialidad⁴⁰.

Por su parte, el juez deberá hacer un análisis riguroso y completo de los medios a su alcance para establecer si hubo o no falla. En especial, deberá examinar la información consignada en la historia clínica con el fin de establecer qué acciones se llevaron a cabo para orientar el diagnóstico de la enfermedad. También deberá apelar, en la medida de lo posible, al concepto de peritos o expertos para aclarar aspectos de carácter científico que escapen a su conocimiento. No obstante, dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post. Por ello, la doctrina ha señalado que *“el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico”*⁴¹

En un caso similar al que se decide en esta sentencia, el Consejo de Estado advirtió que el hecho de juzgar la conducta médica ex post puede resultar relativamente fácil y, por tal razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, *“el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática”*:

Así las cosas, lo que debe evaluarse, en cada caso, es si se utilizaron todos los recursos, esto es, si se practicaron los procedimientos adecuados para llegar a un diagnóstico acertado, lo que obliga, en no pocos eventos, a distinguir entre la responsabilidad de los médicos y la de las instituciones prestadoras del servicio de salud, dada la carencia o insuficiencia de elementos para atender debidamente al paciente.

(...)

Se hace evidente aquí uno de los problemas más frecuentes en el análisis de la responsabilidad por daños causados en la prestación del servicio de salud, sobre todo cuando se trata de error en el diagnóstico: la necesidad de valorar elementos de carácter científico, que complican, sin lugar a dudas, la actividad judicial.

Y no olvida la Sala la advertencia hecha anteriormente sobre lo relativamente fácil que puede resultar el juzgamiento ex post de la conducta de los médicos, quienes se encuentran siempre, al efectuar el diagnóstico, ante un panorama incierto. Se

³⁹ Consejo de Estado. Sentencia de 10 de febrero de 2000.

⁴⁰ Al respecto, la doctrina ha señalado que el error inexcusable no es cualquier error, sino aquél “objetivamente injustificable para un profesional de su categoría o clase. En consecuencia, si el supuesto error es de apreciación subjetiva, por el carácter discutible del tema o materia, se juzgará que es excusable y, por tanto, no genera responsabilidad”. Alberto Bueres, citado por Vásquez Ferreyra, Op. Cit., p. 121.

⁴¹ Roberto Vázquez Ferreyra, Op. Cit., p. 124.

impone, entonces, concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.⁴² Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo.⁴³

El Consejo de Estado ha hecho especial énfasis en la posición de garante que asiste a las entidades que prestan servicios médicos, frente a los pacientes y las obligaciones que se derivan para los mismos de esa especial situación, cuyo incumplimiento acarrea su responsabilidad patrimonial:

Las pruebas relacionas enseñan que el tratamiento brindado a la señora Yolanda Meneses Martínez, no fue eficaz, en tanto los informes técnicos y las decisiones adoptadas por el Instituto Departamental de Salud, permiten inferir que existió una demora en la lectura de los exámenes de diagnóstico practicados a la paciente, retraso que posibilitó el agravamiento del cuadro clínico padecido y la práctica oportuna de los procedimientos quirúrgicos necesarios para tratar su dolencia, situación que dio lugar a su óbito.

Igualmente, considera la Sala que el material probatorio recaudado demuestra que, tanto el médico tratante como la entidad demandada omitieron su deber de vigilancia sobre el estado de la paciente, y no tomaron las medidas correctivas ni terapéuticas que evitasen su agravación y su posterior muerte.

En relación con el tema la doctrina ha manifestado:

‘El acto médico, cuando es evaluado en su integridad y licitud, debe estar exento de cualquier tipo de omisión que venga a ser caracterizada como inercia, pasividad o descuido. Esa omisión tanto puede ser por abandono del paciente como por restricción de tratamiento o retardo en el encaminamiento necesario.

‘Omite el deber de vigilancia el médico que no observa los reclamos de cada circunstancia, concurriendo para la no realización del tratamiento necesario el cambio de medicamento por letra indecifrable y el olvido de ciertos objetos de cirugía. Es omiso el deber de vigilancia el profesional que permanece en sala de reposo, limitándose a prescribir sin ver al paciente, medica por teléfono sin después confirmar el diagnóstico o deja de solicitar los estudios necesarios.

‘La forma más común de negligencia es la de abandono del paciente. Una vez establecida la relación contractual médico – paciente, la obligación de continuidad de tratamiento es absoluta, a no ser en situaciones especiales, como por acuerdo mutuo o por motivo de fuerza mayor. El concepto de abandono debe quedar bien claro, como es el caso en que el médico es

⁴² VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto. Op. cit. P.p. 96, 97.

⁴³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 10 de febrero de 2000, exp. 11.878, C.P. Alier Eduardo Hernández Enríquez.

certificado de que el paciente todavía necesita de asistencia y, aun así, deja de atenderlo.⁴⁴

Estima la Sala que la conducta médica a asumir por las entidades prestadoras de servicios de salud y los médicos tratantes, debe tener identidad con la patología a tratar, deber ser integral en relación con el tratamiento y la dolencia misma, y sobre todo debe ser oportuna, como quiera que frente al enfermo, aquellos tienen una posición de garante⁴⁵ como quiera que al momento ingresar la señora Meneses al hospital San Pedro, este asumió su cuidado y custodia:

Acerca del contenido y alcance del concepto de posición de garante, recientemente esta Sección puntualizó:

“Por posición de garante debe entenderse aquella situación en que coloca el ordenamiento jurídico a un determinado sujeto de derecho, en relación con el cumplimiento de una específica obligación de intervención, de tal suerte que cualquier desconocimiento de ella acarrea las mismas y diferentes consecuencias, obligaciones y sanciones que repercuten para el autor material y directo del hecho.⁴⁶

“Así las cosas, la posición de garante halla su fundamento en el deber objetivo de cuidado que la misma ley –en sentido material– atribuye, en específicos y concretos supuestos, a ciertas personas para que tras la configuración material de un daño, estas tengan que asumir las derivaciones de dicha conducta, siempre y cuando se compruebe fáctica y jurídicamente que la obligación de diligencia, cuidado y protección fue desconocida.”⁴⁷

“En efecto, en relación con la obligación médica de atender a los pacientes el artículo 7° de la ley 23 de 198127, dispuso:

‘ARTICULO 7o. Cuando no se trate de casos de urgencia, el médico podrá excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios, en razón de los siguientes motivos:

*‘a) Que el caso no corresponda a su especialidad;
 ‘b) Que el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya; ‘c) Que el enfermo rehúse cumplir las indicaciones prescritas.’*

⁴⁴ MEIRELLES Gomes Julio César, De Freitas Drumond José Geraldo y Veloso De Franca Genival. Error Médico. Ed. B de F. Argentina. 2002. Pág. 160 a 161.

⁴⁵ La Corte Constitucional ha determinado: “En una teoría de la imputación objetiva construida sobre las posiciones de garante, predicable tanto de los delitos de acción como de omisión, la forma de realización externa de la conducta, es decir, determinar si un comportamiento fue realizado mediante un curso causal dañoso o mediante la abstención de una acción salvadora, pierde toda relevancia porque lo importante no es la configuración fáctica del hecho, sino la demostración de si una persona ha cumplido con los deberes que surgen de su posición de garante. Si alguien tiene deberes de seguridad en el tráfico, lo trascendente para la imputación es si esa persona desplegó deberes de diligencia para evitar que el peligro creado no excediera los límites de lo prohibido. Si se es garante, no interesa si el sujeto originó un curso causal (acción) o no impidió el desarrollo del mismo (omisión), sino, si ha cumplido con los deberes de seguridad que le impone el ejercicio de una actividad peligrosa.

⁴⁶ La posición de garante trata de dar una explicación y respuesta teórica y coherente a la cuestión de cuáles son las condiciones que deben darse para que el no impedir la entrada de un resultado sea equiparable a la causación positiva del mismo. Según la opinión que aquí será defendida, sólo se puede alcanzar una solución correcta si su búsqueda se encamina directamente en la sociedad, pero ésta entendida como un sistema constituido por normas, y no si la problemática toma como base conceptos enigmáticos basados en el naturalismo de otrora, pues la teoría de la posición de garante, como aquí entendida, busca solucionar solamente un problema normativo-social, que tiene su fundamento en el concepto de deber jurídico.” Cf. PERDOMO Torres, Jorge Fernando “La problemática de la posición de garante en los delitos de comisión por omisión”, Ed. Universidad Externado de Colombia, 2001, Pág. 17 a 20. Ver igualmente: LOPEZ Díaz, Claudia “Introducción a la Imputación Objetiva”, Ed. Universidad Externado de Colombia; JAKOBS, Günther “Derecho Penal – Parte General”, Ed. Marcial Pons; ROXIN, Claus “Derecho Penal – Parte General “Fundamentos de la Estructura de la Teoría del Delito”, Ed. Civitas.

⁴⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 4 de octubre de 2007, exp. 15567.

La norma anterior, excusa pues del deber de garante al médico tratante en las situaciones por ella previstas, supuestos de hecho que no fueron acreditados dentro del asunto en examen.

Así las cosas como quiera que se encuentra demostrado que la falta de vigilancia del estado de la paciente y la falta de oportunidad en la realización de la microlaparotomía, fueron las causas del daño que se reclama por los demandantes, y que las mismas no fueron excusadas en los supuestos previstos en el artículo 7° de la ley 23 de 1981, estima la Sala que hay lugar a imputar la muerte de la señora Yolanda Meneses Martínez a las entidades demandadas, como quiera que aquellas ostentaban la posición de garante frente a la víctima⁴⁸

En lo que respecta al caso concreto, se tiene que en efecto los médicos que rindieron testimonio señalaron que al nacimiento la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, si bien existía un antecedente en el período de gestación (ecografía transvaginal nivel III semana 35) que indicaba huesos largos cortos “sugestivo de displasia esquelética”, al nacer y al hacer las mediciones las condiciones antropométricas eran normales, que en la práctica médica exámenes como el reseñado podían evidenciar un “falso positivo” y que la valoración física del nacido vivo era fundamental para conocer si la menor presentaba anormalidades. Se recuerda que la historia clínica es un medio de prueba precisamente para demostrar la pericia, la diligencia o la prudencia médica de asistencia a la que se refirieron los testigos y las mismas partes en sus intervenciones. En el caso en estudio se evidencia en la historia clínica de la madre señora SUAREZ NONSOQUE, que aparece consignado el antecedente de la anomalía congénita reseñada y al efectuar el tamizaje que correspondía dentro del protocolo señalado en las guías médicas (fls. 399 y siguientes C2), por tratarse de nacido vivo, se consignó como resultado del examen físico de las extremidades, que presentaba un leve acortamiento femoral, lo que a todas luces significa una alerta temprana de sospecha de una enfermedad congénita, la que ameritaba el cumplimiento de los parámetros exigidos para el efecto por la ciencia médica. El indicio aludido, que se constituye en sospecha de anomalía congénita, ameritaba de un compromiso más severo de los galenos, no solo por los riesgos que conlleva una patología como la referida, sino porque ante tal sospecha, la práctica médica exige el agotamiento de unas actividades estratégicas fundamentales, que no solo indican un examen físico estandarizado basado en la evidencia que se tenga disponible, sino también requieren de la búsqueda de factores de riesgo a través de la evaluación sistematizada de antecedentes, búsqueda de anomalías específicas detectadas por ejemplo en exámenes como el de ecografía y seguir las recomendaciones previstas en las guías de práctica clínica como la analizada en precedencia, además de remisión a medicina especializada y comunicar los resultados del tamizado a los padres. Se recuerda, la guía recomienda: **“El recién nacido con signos sugestivos de anomalía congénita, valorados mediante el examen físico sistemático debe remitirse al nivel de atención que cuente con un especialista que continúe el estudio correspondiente”**.

En el caso que se analiza, no se evaluaron antecedentes de sus padres, los que, si se hubieran verificado, darían como resultado que se trataba un matrimonio de primos hermanos (consanguinidad parental), lo que el despacho pudo verificar con sus registros civiles (fls. 27 y 28 C.1), dado que son hijos de las señoras ROSAURA NONSOQUE CARDENAL y LUZ MARINA NONSOQUE CARDENAL. Como se mencionó la guía de práctica analizada, da una especial relevancia como factor de riesgo familiar para anomalías congénitas a los antecedentes familiares. Durante el proceso de la anamnesis era indispensable hacer énfasis en los antecedentes de la paciente para evaluar la presencia de riesgo de anomalía congénita. Se recuerda, un antecedente siempre debe ser investigado, más si durante la gestación se realizaron pruebas de detección de anomalía congénita, incluyendo exámenes imagenológicos como en este caso ocurrió.

⁴⁸ Consejo de Estado, Sentencia proferida por la Sección Tercera el 30 de julio de 2008, expediente 16.483 y reiterada el 7 de octubre de 2009, expediente 18.377 y de 28 de abril de 2010, exp. 19.474, C.P. Enrique Gil Botero, entre otras.

Tampoco se tuvieron en cuenta como factor de riesgo los exámenes prenatales y básicamente la ecografía del nivel III que a la semana 35 fue practicada, donde si se detectaron anomalías. Es del caso recordar que la guía recomendaba considerar los hallazgos imagenológicos relacionados con anomalías mayores, puesto que estas pueden generar reducción en la expectativa y calidad de vida del paciente, señalando que estas se identifican por ecografía de tercer nivel tomado en el período neonatal.

De lo expuesto se colige que no se aplicaron los tres algoritmos incluidos en el anexo de la guía en estudio, aplicación que debió darse antes del egreso o antes de las 24 horas, lo que impidió a la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ ser valorada al nivel de atención que cuente con un especialista que continúe con el estudio correspondiente y tampoco existe evidencia del reporte del caso al sistema de vigilancia de anomalías congénitas.

De lo anteriormente precisado se tiene que existió falla del servicio derivado de la omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados en los protocolos médicos y por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, la que pudiese haber modificado el diagnóstico o el tratamiento. Las actuaciones verificadas en la historia clínica de la señora LUZ ANGELA SUAREZ NONSOQUE y que corresponden a la etapa prenatal y el nacimiento de la menor CAROL NICOL demuestran que el servicio prestado por el HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA lo fue de manera diferente a como aconsejaba la *lex artis*.

Ahora bien, en tratándose de una enfermedad congénita, la prestación del servicio médico que se requería, no hubiere asegurado la interrupción del proceso causal que produjo el deterioro o la pérdida de la integridad corporal de la paciente y haber logrado su curación, más cuando con posterioridad al nacimiento, ella aquejó una serie de padecimientos que se definieron por los facultativos como una falla orgánica multisistémica que se inició, a la luz de los diagnósticos consignados en la historia clínica, con una neumonía y una cardiopatía, esta última identificada como congénita por los facultativos tratantes, patologías que no se demostró en el proceso tuvieron como causa la sospecha de displasia esquelética padecida por la paciente. El cuadro clínico de la menor al ingresar a través de Urgencias a la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA era de tal gravedad, que el mismo no pudo ser superado con los tratamientos implementados, por tal razón no existe prueba que permita inferir, que la conducta que se reclama y que fue asumida por los médicos tratantes al nacer CAROL NICOL, deviene como causa regular y adecuada de la consecuencia o evento dañino que se materializa, en el caso concreto, en la muerte de la menor. En el presente caso no se acredita el elemento casual, se requería además de la mala *praxis*, demostrar que la conducta del centro médico (Hospital San Rafael de Tunja), a quien junto con SALUDCOOP EPS e CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA, les imputó la parte demandante las consecuencias dañinas, resultaron ser la causa adecuada del desenlace producido en la paciente, la sola historia clínica traída al proceso, no resulta ser el elemento probatorio suficiente que permita tener por acreditada la causalidad exigida por el régimen de responsabilidad. En el presente caso, se hecha de menos la ausencia de prueba que permita al juzgador atribuir el resultado de la muerte de la menor a la conducta omisiva descrita en precedencia, la sola evidencia de falta de tratamiento de una presunta displasia esquelética no es suficiente para entenderla como elemento causal del daño.

Adicionalmente, se tiene conforme a la historia clínica de la menor que se llevó en el Hospital San Rafael de Tunja, el diagnóstico de ingreso fue el de meningitis, deshidratación severa, miocarditis, defecto de tabiques ventricular y auricular y falla renal oligúrica.

De los anteriores razonamientos, en criterio del Despacho puede advertirse que la falla orgánica sistémica presentada por la menor CAROL NICOL fuera una patología que resultare ser consecuencia de una eventual displasia esquelética no diagnosticada,

tampoco existe evidencia probatoria de que la omisión en el tratamiento de la anomalía detectada pudiere haber repercutido en los padecimientos posteriores a su nacimiento, esto por cuanto como lo advirtieron los facultativos que intervinieron en calidad de testigos técnicos, la sintomatología de la paciente estuvo asociada a problemas cardiacos congénitos.

Así las cosas, se refuerza que la hipótesis planteada por la apoderada judicial de la parte demandada, no tiene asidero como elemento para deprecar falla médica causante de el daño irrogado, por cuanto las patologías presentadas con posterioridad a la salida después de su nacimiento no tienen un conexión directa con la displasia esquelética reseñada o al menos tal circunstancia no resultó probada, a tal punto que no existió una orden de tratamiento diferenciado o urgente en relación con las anomalías detectadas con posterioridad a su salida.

Una vez descartada la primera de las hipótesis planteadas por la parte demandante, es menester resolver el cuestionamiento de la atención prestada por la COPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA y el HOSPITAL SAN RAFAEL, una vez la menor ingresó por urgencias con distinta sintomatología, la que se deprecó como inadecuada y negligente al permitirle a la menor salir del centro médico no obstante los padecimientos que presentaba. En efecto la niña CAROL NICOL fue internada en la CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA por un período de tiempo considerable, se probó no solo con la historia clínica sino con los conceptos emitidos por los testigos técnicos, que se atendieron todas las recomendaciones y se practicaron todos los tratamientos necesarios, solo cuando el curso de las dolencias fue favorable, es que se tomó la decisión de permitir el egreso de la menor. No existe prueba en el plenario de que los antecedentes patológicos identificados en su estancia en el centro médico hubieren obligado a una permanencia mayor de la menor, tampoco existe evidencia de que si ello hubiere ocurrido no se hubiere dado el desenlace negativo en el organismo de la paciente que conflujo en su óbito. Del estudio de la historia clínica de la menor se infiere que desde el momento de su ingreso a la IPS se prestó por parte del centro médico la debida atención proponiendo el manejo propio del cuadro clínico que presentaba, aplicando los medicamentos necesarios y practicando los exámenes adecuados, incluso ante la dificultad para tratar las patologías observadas se remitió al Hospital San Rafael de Tunja. Señalar como se hizo que la orden de salida de la menor fue un error requiere de la existencia de una prueba idónea que permita entender como cierta tal aseveración, al contrario, el curso de los padecimientos cuando se dio de alta a la menor resultaba favorable en el momento en que se tomó la decisión.

Así las cosas, para el Despacho, el material probatorio obrante en el proceso no resulta suficiente a fin de acreditar la falla médica endilgada a las entidades demandadas, siendo carga de la parte demandante el probar las afirmaciones efectuadas en su demanda.

Por consiguiente, no encontrándose acreditada la existencia de una falla médica que haya sido la causa del daño consistente en la muerte de la menor CAROL NICOL ALFONSO SUAREZ, no es posible endilgar la responsabilidad del daño a las entidades demandadas.

Por las razones expuestas este juzgado negará las pretensiones esbozadas en el libelo introductorio del presente proceso.

VI. De las excepciones propuestas

Dado que del análisis efectuado por el despacho se concluyó que la falta de prueba del nexo causal entre las actuaciones de los centros médicos y el daño evidenciado, conlleva a entender que no existe responsabilidad administrativa de las entidades demandadas, considera el *a quo* innecesario pronunciarse a excepciones relacionadas con la

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
 Reparación Directa: 15001333300620150007300
 Demandante: FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS
 Demandado: MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA

legitimación en la causa por pasiva que se colige de los medios exceptivos propuestos por SALUDCOOP EPS OC EN LIQUIDACION (Inexistencia de solidaridad entre EPS e IPS; no intervención de Saludcoop EPS OC en Liquidación en el hecho que produjo el daño); Por el Municipio de Tunja; Departamento de Boyacá y COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. Ahora bien, la propuesta como falta de legitimación en la causa por pasiva propuesta por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, no resulta prospera dado que como se demostró dicho centro asistencial y hospitalario atendió a la madre (período de gestación) y a la menor desde su nacimiento, creándose una relación comprobada que impediría declarar la viabilidad de tales mecanismos exceptivos. De acuerdo al resultado de la valoración y análisis probatorio expuesto en precedencia, es menester declarar probadas las excepciones de Cumplimiento de las obligaciones por parte de SALUDCOOP E.P.S. para con su afiliado e inexistencia de nexos casuales propuestas por SALUDCOOP E.P.S. OC EN LIQUIDACION; y la de inexistencia de nexo causal propuesta por la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

VII. Cuestión accesoria

La entidad SALUDCOOP E.P.S.OC EN LIQUIDACION en el escrito de alegatos de conclusión expresa su desacuerdo con la condena en costas que ordenó el despacho en audiencia de pruebas, por el desistimiento de una prueba pericial que había solicitado, mismo que fue aceptado por el despacho, pese a que la decisión fue notificada en estrados y no hubo pronunciamiento del apoderado en ese momento frente a el auto proferido y por tanto la decisión cobro firmeza, es menester recordarle al togado, que si bien conforme lo prevé el artículo 175 del Código General del Proceso, aplicable vía disposición de integración normativa (art.306 C.P.A.C.A) es viable el desistimiento de una prueba no practicada, como lo que en efecto ocurrió, también lo es que conforme al inciso 3º del artículo 316 ibídem el auto que acepte un desistimiento condenará en costas a quien desistió; solamente tal condena en costas será innecesaria cuando las partes lo hubieren convenido, lo que en esta ocasión no sucedió, por tal razón el reparo extemporáneo efectuado no tiene ningún asidero.

VIII. Costas

A raíz de la expedición del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo - Ley 1437 de 2011-, la Subsección A del Consejo de Estado, después de analizar el contenido del artículo 188 del OPACA, explicó que la regulación procesal había acogido el criterio objetivo-valorativo para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho), al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe), con los siguientes argumentos:

"(...) El análisis anterior permite las siguientes conclusiones básicas sobre las costas:

- a. El legislador introdujo un cambio sustancial respecto de la condena en costas, **al pasar de un criterio "subjetivo" -CCA- a uno 'objetivo valorativo' -CPACA-**.
- b. Se concluye que es 'objetivo' porque en toda sentencia se `dispondrá' sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse, según las precisas reglas del CGP.
- c. Sin embargo, **se le califica de "valorativo" porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación. Tal y como lo ordena el CGP, esto es, con el pago de gastos ordinarios del proceso y con la actividad del abogado efectivamente realizada dentro del proceso. Se recalca, en esa valoración no se incluye la mala fe o temeridad de las partes.**

(-..)

Procede condena en costas tanto en primera como en segunda instancia. (...) " 5 (Subraya y negrilla fuera del texto original)

Por último, como en el presente caso se niegan totalmente a las pretensiones de la demanda, el Despacho, atendiendo a lo establecido en el artículo 365 del C.G.P. aplicable por remisión expresa dispuesta en el artículo 188 del C.P.A.C.A., condenará en costas a

Juzgado Sexto Administrativo de Oralidad del Circuito de Tunja
Reparación Directa: 15001333300620150007300
Demandante: **FERNANDO ALONSO NONSOQUE y OTROS**
Demandado: **MEDIO DE CONTROL DE REPARACIÓN DIRECTA**

la parte demandante, cuya liquidación deberá elaborarse por Secretaría, en los términos previstos en el artículo 366 del Código General del Proceso.

Para efectos de lo anterior, atendiendo a la naturaleza del asunto y a la gestión adelantada por el apoderado de la parte demandada, el Despacho en virtud de lo establecido en los artículos 2, 4 y 5 del Acuerdo PSAA16 -10554 de 2016, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, fijará como agencias en derecho el 1% del valor de las pretensiones.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE TUNJA**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: Declarar probadas las excepciones de: Cumplimiento de las obligaciones por parte de SALUDCOOP E.P.S. para con su afiliado propuesta por SALUDCOOP E.P.S. OC EN LIQUIDACION y la de inexistencia de nexo casual propuestas por SALUDCOOP E.P.S. OC EN LIQUIDACION y la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda formulada por los señores FERNANDO ALFONSO NONSOQUE y otros, a través de apoderado judicial, en contra de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA, SALUDCOOP E.P.S., CORPORACION IPS SALUDCOOP BOYACA y Municipio de Tunja, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: Condenar en costas a la parte demandante, cuya liquidación deberá efectuarse en los términos previstos en el artículo 366 y siguientes del Código General del Proceso.

CUARTO: Como agencias en derecho, se fija el 1% del valor de las pretensiones de la demanda.

QUINTO: En firme la sentencia, archívese el proceso previa anotación en el programa "Justicia Siglo XXI". Si al liquidarse los gastos ordinarios del proceso quedaren remanentes a favor del depositante, se ordena la devolución correspondiente. Desde ahora se autoriza la expedición de las copias auténticas y digitales que soliciten las partes sin necesidad de auto que así lo disponga.

Notifíquese y cúmplase



HERVERTH FERNANDO TORRES OREJUELA
Juez