

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES

Manizales, febrero veintiuno (21) de dos mil veintidós (2022)

A.I. 104

Medio de control: REPARACIÓN DIRECTA
Radicación: 17001333300420170049800
Demandantes: MARCELA OSPINA GÓMEZ - OTROS
Demandado: NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA
POLICÍA NACIONAL – EJÉRCITO
NACIONAL – DEPARTAMENTO DE
CALDAS - OTROS

ASUNTO

Resuelve el Despacho la solicitud presentada por la parte demandante, esto es provocar conflicto de competencia con el Juzgado Treinta y Siete Administrativo de Bogotá (pdf 07 expediente digitalizado)

CONSIDERACIONES

El Dr. WILLIAM IVÁN MEJÍA TORRES, apoderado de la parte demandante, solicita se profiera auto a través del cual este Despacho provoque conflicto de competencia para conocer del presente asunto, frente al JUZGADO 37 ADMINISTRATIVO DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ.

Se hace necesario realizar el recuento de las actuaciones que se han surtido en este proceso y partiendo del mismo, pasar a resolver la solicitud así presentada:

- Se radicó demanda ante la Jurisdicción Contenciosa Administrativa en la ciudad de Bogotá, por parte de los señores MARCELA OSPINA GÓMEZ y otros, en contra de la NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – EJÉRCITO NACIONAL, POLICIA NACIONAL, DEPARTAMENTO DE CALDAS, MUNICIPIO DE SAMANA y el DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL.
- La demanda le correspondió al Juzgado Treinta y Siete Administrativo de la ciudad de Bogotá, quien la rechazó inicialmente por caducidad de la acción, decisión que fue apelada ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca y devuelto el expediente al a quo.

- El Juzgado de primera instancia pasa entonces a inadmitir la demanda, ordenando se acreditara el derecho de postulación de una de las demandantes, esto es, de la señora AMPARO DEL SOCORRO GOMEZ, ante lo cual se presenta corrección del libelo inicial.
- La demanda es admitida por el citado Despacho Judicial de Bogotá, pero la rechaza respecto de una de las demandantes, esto es, de la señora Amparo del Socorro Gómez.
- Esta última decisión es apelada y el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, declara la falta de competencia por el factor territorial para el conocimiento de esa segunda instancia ordenando su remisión al Tribunal Administrativo de Caldas, Corporación esta última que con auto del 20 de octubre de 2017 revoca la decisión de rechazo que en su momento profirió el Juzgado Treinta y Siete Administrativo de Bogotá, ordenando remitir el expediente a los Juzgados Administrativos pero de la ciudad de Manizales, por lo que dicho trámite es asignado al Juzgado Cuarto Administrativo del cual soy titular.
- Mediante auto del 3 de abril de 2018 se procede por este Juzgado a avocar el conocimiento de la demanda, pero solo respecto de la demandante AMPARO DEL SOCORRO GOMEZ DE OSPINA, pues respecto de los señores MARCO TULIO OSPINA POVEDA, MARCELA OSPINA GOMEZ, DARKOTH HANAI, JOSHUA NICOLAU, GADER WHILEMN MARCA OSPINA, CAROLINA OSPINA GOMEZ y JALLYT ALEJANDRA OSPINA GOMEZ, ya se había proferido auto admisorio por el citado Juzgado Treinta y Siete Administrativo de la ciudad de Bogotá.
- La demanda se admite en contra de la NACION – MINISTERIO DE DEFENSA- EJERCITO NACIONAL – POLICIA NACIONAL, DEPARTAMENTO DE CALDAS, MUNICIPIO DE SAMANA y DEPARTAMENTO PARA LA PROSPERIDAD SOCIAL.
- En el trámite procesal impartido por el Juzgado Cuarto Administrativo, se tiene que ya las entidades demandadas han sido notificadas de la demanda y ya han dado respuesta a la misma.
- Ahora bien, a lo largo del trámite procesal, el abogado del grupo demandante ha presentado escritos, tanto ante este Despacho Judicial como ante el Juzgado Treinta y Siete Administrativo de Bogotá, en procura de lograr precisión sobre las actuaciones surtidas en ambos Juzgados, solicitudes que ha gestionado de manera telefónica con la Secretaria del Juzgado Cuarto Administrativo.
- Precisamente con el fin de atender las solicitudes de la parte demandante y definir la continuación del proceso, dada la particular situación procesal que se dio al inicio del trámite, cuando se remitió por competencia la demanda, pero solamente

respecto de una de las demandantes, por instrucción de la suscrita, la Secretaría del Juzgado Cuarto Administrativo ha solicitado en varias ocasiones al Juzgado en Bogotá información sobre el proceso allí tramitado (ver oficios de fl. 33, 103 pdf#6, fl. 1 pdf#8), con el fin de definir precisamente el trámite a seguir, partiendo de la posibilidad de una acumulación de procesos, tal como ha sido planteado por el abogado del grupo demandante.

- Se recibe información del Juzgado 37 Administrativo Sección Tercera Oral de Bogotá, el cual indica que el proceso fue remitido al Superior de ese Distrito Judicial, quien decide enviarlo al Tribunal Administrativo de Caldas, razón por la cual no cuenta con la información solicitada (pdf 11); posteriormente precisan estar ubicando el proceso para su digitalización ya que se trata de un proceso del año 2017 (pdf 12), y finalmente como complemento a las respuestas anteriores, refieren, que el proceso de reparación directa 11001333603720150058800 no se encuentra en ese Despacho.

El anterior recuento, le permite al Juzgado concluir, a contrario de lo que se había interpretado anteriormente, que el único proceso que se tramita en este momento es el que ahora conoce el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales y que en el Juzgado 37 Administrativo Oral de Bogotá no se sigue proceso similar respecto de los demandantes a quienes no se les rechazó la demanda inicial.

Tal confusión la tenía incluso el mismo Dr. William Iván Mejía Torres, apoderado de los demandantes, pues han sido varios los escritos presentados ante este Juzgado y ante el homólogo de Bogotá, solicitando precisión sobre las actuaciones surtidas en ambos Juzgados, lo que lo llevó a pedir a este Despacho, provocara conflicto de competencia con el Juzgado 37 Administrativo de Bogotá.

Es claro que tal petición no se puede atender, pues la remisión por competencia que hiciera el Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Tercera – Subsección B, por el factor territorial al Tribunal Administrativo de Caldas, y este a su vez haber declarado la competencia para los Juzgados Administrativos, es un asunto ya debatido, y frente al cual no se presentó manifestación alguna, motivo por el cual no es posible provocar un conflicto de competencia en esta instancia procesal, por expresa prohibición del inciso tercero del artículo 139 del C.G.P¹.

De otra parte, revisada la petición presentada por el apoderado de los demandantes, se observa que la misma se relaciona igualmente con una posible acumulación de procesos, ello teniendo en cuenta que el petente hace relación a la existencia de dos procesos bajo las mismas pretensiones, uno de ellos cuyo trámite se lleva a cabo en el Juzgado 37 Administrativo de Bogotá y el otro en ese Despacho Judicial.

¹ Artículo 139 CGP (...)El juez que reciba el expediente no podrá declararse incompetente cuando el proceso le sea remitido por alguno de sus superiores funcionales.

De acuerdo a lo anterior, tampoco se puede hablar de una acumulación de procesos, pues no existen dos actuaciones que puedan ser acumuladas conforme lo permiten los arts. 148 a 150 del C. G. del P, solo hay un proceso, y es el que se tramita en este Despacho Judicial, pues la última información obtenida del Juzgado TREINTA Y SIETE ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ es que allí no se tramita el proceso radicado al No. 11001333603720150058800, ya que el expediente fue remitido en el efecto suspensivo y con la totalidad de todo el expediente para el Tribunal Administrativo de Cundinamarca (fl. 117 pdf 01).

Lo anterior se ratifica con lo decidido en el auto del 3 de abril de 2018 (fls 141-142 pdf 03 expediente digitalizado), en el que claramente se dispuso por este Juzgado:

PRIMERO: AVOCAR el conocimiento de la demanda que por medio de control de REPARACION DIRECTA promovieron los señores MARCO TULIO OSPINA POVEDA y la señora MARCELA OSPINA GÓMEZ actuando en nombre propio y representación de sus hijos menores Darkoth Hanai, Joshua Nicolay y Gader Whilemn Marca Ospina, el señor Marco Tulio Ospina Poveda, Carolina Ospina Gómez y Jallyth Alejandra Ospina Gómez, en contra de la **NACIÓN – MINISTERIO DE DEFENSA – POLICIA NACIONAL y EJÉRCITO NACIONAL – DEPARTAMENTO DE CALDAS – MUNICIPIO DE SAMANÁ – DEPARTAMENTO DE LA PROSPERIDAD SOCIAL.**

SEGUNDO: ADMITIR LA DEMANDA respecto de la señora AMPARO DEL SOCORRO GÓMEZ DE OSPINA.

De acuerdo a lo anterior, es que tampoco es procedente una acumulación de procesos.

Partiendo de lo antes expuesto, debe continuarse la actuación, aclarando que el grupo demandante que integra la parte activa son los señores AMPARO DEL SOCORRO GOMEZ DE OSPINA, MARCO TULIO OSPINA POVEDA, MARCELA OSPINA GOMEZ, DARKOTH HANAI, JOSHUA NICOLAU, GADER WHILEMN MARCA OSPINA, CAROLINA OSPINA GOMEZ y JALLYT ALEJANDRA OSPINA GOMEZ.

Por las razones expuestas, EL JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE MANIZALES, CALDAS,

R E S U E L V E:

Primero: No acceder a la solicitud de provocar conflicto de competencia frente al Juzgado Treinta Siete Administrativo del Circuito de Bogotá.

Segundo: No decretar la acumulación del proceso con radicado 11001333603720150058800 del Juzgado Treinta Siete Administrativo del Circuito de Bogotá

Tercero: Ejecutoriada la presente providencia, pase a Despacho para continuar con el trámite de la actuación, esto es, el resolver solicitudes de integración de litisconsorcio necesario planteadas por la pasiva de la litis.

Cuarto. Háganse las anotaciones respectivas en el programa “Justicia Siglo XXI”.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:

Maria Isabel Grisales Gomez
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
004
Manizales - Caldas

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

Código de verificación: **fafbd2dafd1f92e3bb6437df52f873922e5d2a3bc22abbc7c307b635ff11b78e**

Documento generado en 21/02/2022 02:23:23 PM

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

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO CIRCUITO JUDICIAL DE MANIZALES

Manizales, febrero veintiuno (21) de dos mil veintidós (2022)

RADICACIÓN: 17001-33-33-004-2016-00188-00
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
ACCIONANTES MARÍA PASTORA MONTOYA DE TORRES
ALBEIRO, MARIO y CARLOS MARIO TORRES MONTOYA
ENTIDADES ACCIONADAS: SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD – SES y
EPS
LLAMADAS EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS y SES
SENTENCIA No.: 18

1. ASUNTO

Proferir sentencia de primera instancia dentro del medio de control de la referencia.

2. ANTECEDENTES

2.1. Pretensiones:

PRIMERO: Que se declare administrativa y patrimonialmente responsable al SES HOSPITAL DE CALDAS y a la NUEVA EPS por la muerte del señor MARIO TORRES VERGARA, ocurrida el 21 de mayo de 2014, como consecuencia del daño antijurídico que les es imputable a raíz de la falla en el servicio derivado del defectuoso y tardío funcionamiento estatal.

SEGUNDO: Que, como consecuencia de lo anterior, se condene a las accionadas a pagar por concepto de perjuicios morales para cada uno de los accionantes, las siguientes sumas:

MARÍA PASTORA MONTOYA DE TORRES (ESPOSA)	100 SMLMV
ALBEIRO TORRES MONTOYA (HIJO)	70 SMLMV
MARIO TORRES MONTOYA (HIJO)	70 SMLMV
CARLOS MARIO TORRES MONTOYA (HIJO)	70 SMLMV

TERCERO: Que las sumas reconocidas contengan la actualización, los intereses y las indexaciones de acuerdo al IPC y que se ordene el pago de los ajustes de valor a que haya lugar por la disminución del poder adquisitivo.

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

CUARTO: Que se condene en costas a las demandadas.

2.2. Supuestos facticos:

- Que, a pesar de su edad, el señor MARIO TORRES VERGARA, gozaba de buena salud física y mental que si bien padecía de la presión arterial e hipertrofia prostática benigna, estaban controladas con medicamentos y revisiones periódicas, y tenía una vida productiva e incluso administraba una miscelánea de varios años atrás.
- El señor MARIO TORRES VERGARA, estaba casado con MARÍA PASTORA MONTOYA FRANCO hogar del que tuvieron a sus hijos ALBEIRO, MARIO y CARLOS ANDRÉS TORRES MONTOYA.
- Que el 18 de mayo de 2014 siendo las 8:23 pm, el señor MARIO TORRES VERGARA ingresó por urgencias al SES – HOSPITAL DE CALDAS por un cuadro de 24 horas de evolución con dolor abdominal y dificultad para orinar.
- Para el momento de ingreso, su examen físico presentaba signos vitales normales y los paraclínicos realizados estaban dentro de los límites normales.
- Que de conformidad con la historia clínica, al señor TORRES VERGARA le pasaron una sonda vesical para evacuarle la vejiga, la cual afirman, fue traumática y a partir de la cual inició un abundante sangrado (hematuria).
- Que, para el 19 de mayo de 2014, los paraclínicos del señor MARIO TORRES VERGARA, empezaron a mostrar deterioro evidenciando signos de infección intrahospitalaria, adquirida por la inadecuada manipulación de la sonda vesical.
- Al señor TORRES VERGARA se le encontró elevación severa del potasio y una hiponatremia severa generados por el inadecuado manejo del personal médico en el suministro de líquidos endovenosos por sobrecarga de estos, causando un edema a nivel testicular por la que se realizó una ecografía testicular al día siguiente de su hospitalización.
- Que a pesar de que la sintomatología del señor TORRES VERGARA era urinaria, no se valoró por urología, ni siquiera en atención a las solicitudes de la familia, lo que conllevó a un deterioro progresivo de su salud, secundario al paso de la sonda vesical, se tornó adinámico con empeoramiento general de sus condiciones, presentado, según los gases arteriales, una acidosis metabólica que emanaba olor fétido de la orina.
- ALBEIRO TORRES MONTOYA, solicitó que se tomaran acciones y se iniciara tratamiento con antibióticos porque sentía el empeoramiento en la salud

2

de su padre, pero ni así era valorado por urología. Solo hasta el 20 de mayo de 2014 a las 2:22 am, el médico y enfermera de turno iniciaron el tratamiento solicitado, pero el estado de salud continuaba en deterioro.

➤ Para ese mismo 22 de mayo a las 4:15 p.m, el señor MARIO TORRES VERGARA se torna polipnéico, desorientado, deshidratado, con un gran globo vesical y dolor abdominal, vomito abundante, orina fétida, lo pasan a la sala de shock para colocarle oxígeno, líquidos 1.000 cc y destapar la sonda vesical que nuevamente estaba obstruida por los coágulos de sangre, secundario al paso traumático de la misma, sin valoración hasta entonces por urología, pues al parecer no había ninguno disponible en la entidad.

➤ Que, en vista de su estado y el deterioro de su patrón respiratorio, se solicitó manejo en la unidad de cuidado intensivo de la institución, le colocan un catéter central y se inició ampicilina sulbactam, se tomó electrocardiograma y gases arteriales paciente.

➤ Que a pesar de lo anterior, dejaron abandonado al señor TORRES VERGARA ya que sólo se aprecia una evolución en la historia clínica a las 5:00 am del día siguiente, luego de transcurrir más de 12 horas después de la última valoración. El paciente continuó en franco deterioro, lo que demuestra una negligencia del personal de la institución para brindar los cuidados adecuados y con la frecuencia debida que un paciente como él, merecía.

➤ El 21 de mayo de 2014 y posterior a la evolución de las 5:00 am, aparece en la historia clínica una evolución con la hora 2:25 am, anotando que el paciente cursa un choque secundario a una sepsis urinaria, lo que permite apreciar una falta de continuidad en la historia clínica, pues la evolución colocada posterior a la de las 5:00 es una falsedad dispuesta solo porque el paciente empeoraba, queriendo justificar que al menos lo habían visto varias horas antes, sin embargo, demuestra que llevaba más de 10 horas sin ser valorado, lo que prueba la negligencia de no atenderlo con la regularidad debida como se lo merece un paciente con la mencionada condición clínica.

➤ Para ese 21 de mayo de 2014 a las 5:00 am, el paciente se encontraba polipnéico, taquicárdico, con gran deterioro de su estado general, se trasladó a la 1:49 p.m a UCI y sólo hasta esa hora se aprecia una nueva evolución del paciente, casi 7 horas después de las 5 am, lo que evidencia nuevamente la negligencia en el debido cuidado y la frecuencia debida.

➤ En la UCI se diagnosticó SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO, UNA SPESISURINARIA, UN CHOQUE SECUNDARIO, ACIDOSIS METABÓLICA, se tomaron paraclínicos de control que apreciaron gravedad extrema, con PCR alto, trombocitopenia severa, cayados 4%, acidosis metabólica, hiponatremia severa, hiperpotasemia severa, le colocaron ventilación mecánica y

3

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

se diagnosticó una posible sobrecarga de líquidos por las irrigaciones. Se inició furosemida y su pronóstico fue reservado.

➤ El señor MARIO TORRES VERGARA continuó empeorando, con falla respiratoria severa, se torna hipotenso y el 21 de mayo a las 5:31 pm hace para cardio-respiratorio, se iniciaron maniobras de resucitación infructuosas y fallece.

2.3. Contestación de la demanda.

2.3.1 Servicios Especiales en Salud

Afirmó que según se desprende de la historia clínica del occiso, era paciente en la novena década de la vida con antecedente de hipertensión e hipertrofia prostática manejado con verapamilo y porazocin; que ingresó a la entidad muy sintomático con dolor abdominal y globo vesical evidente, se puso catéter vesical evidenciando orina hematuria por lo que se dejó la sonda permanente e irrigaciones con solución salina. Se solicitaron paraclínicos, eco de vejiga y próstata y valoración por urología pendientes de su evolución.

Que en la historia clínica del señor TORRES VERGARA no se consignó que los paraclínicos realizados estuviesen dentro de los límites normales y tampoco se registró que el paso de la sonda vesical fuera traumática para el paciente o que hubiese comenzado un sangrado abundante a causa de ella. Que con esta afirmación se quiere crear confusión ya que el hecho de que las cifras de glóbulos blancos y de neutrófilos se encuentren en aumento no significa que exista deterioro del paciente o que sea víctima de una infección intrahospitalaria y que, según historia clínica, el 20 de mayo, se suministró al paciente un antibiótico llamado cefazolin.

Que la manifestación de evidenciarse un inadecuado manejo por el personal médico en el suministro de líquidos endovenosos y que fue sobre cargado, es una simple suposición del accionante y una afirmación que carece de base científica.

Que tampoco aparece evidencia en la historia clínica de que la sonda hubiese causado un edema testicular al paciente ya que, desde el 19 de mayo, el paciente manifestó que el aludido edema se presentó desde un procedimiento quirúrgico realizado 8 años atrás.

Indicó también que el SES solicitó valoración por Urología para el paciente, pero la EPS no dio respuesta, sin embargo, fue visto por Urología el 21 de mayo a las 2:25 horas. Se le hizo lavado y se consignó el procedimiento en la historia clínica. Que no es cierto que el deterioro del paciente haya obedecido al paso de la sonda y que ello deberá ser probado.

Que al paciente se le suministró antibiótico por 3 días, iniciando el 20 de mayo. Refirió que el paciente fue atendido de forma idónea en la UCI y para el mismo 21

de mayo se le suministró nuevamente antibiótico, ampicilina sulbactam 3 mg cada 6 horas. Que fue revisado de manera permanente y que se descontextualizan las notas consignadas en la historia clínica ya que desde su ingreso a UCI se le realizaron los procedimientos y exámenes necesarios, pues lo afirmado por los accionantes es extracción de los resúmenes de la epicrisis más no de la historia clínica como tal. Que la salud del señor TORRES VERGARA era tan precaria que falleció.

El SES propuso las excepciones de AUSENCIA DE NEXO CAUSAL y GENÉRICA. Llamó en garantía a ALLIANZ SEGUROS.

Como llamada en garantía se opuso a las pretensiones de la NUEVA EPS y sostuvo que debe demostrarse la responsabilidad que se les endilga ya que la atención brindada fue oportuna, diligente, ante todo humana y se tuvo el cuidado permitido por las condiciones específicas del caso concreto.

2.3.2. La NUEVA EPS

Afirmó que no le constan los hechos de la demanda y al haber sucedido en instalaciones de la IPS SES HOSPITAL DE CALDAS, es la entidad llamada a responder por ellos. Dijo, como los accionantes otorgan consecuencias a hechos que no han sido probados y realiza conjeturas con base en hechos de naturaleza médica sin ser expertos o especialistas de la ciencia.

Indicó también que no es cierto que el accionante solo padeciera de HTA e HIPERTROFIA, sino que también tenía antecedentes patológicos y quirúrgicos como obesidad, diabetes mellitus y se le había realizado una “resección transuretral” en la cual se le extirparon tejidos de la uretra, próstata y vejiga. Dijo igualmente que el edema testicular del accionante venía de 8 años antes y no fue causado por el paso de la sonda.

En ese entendido se opuso a las pretensiones de la demanda al no existir fundamento jurídico o fáctico que conlleve a la responsabilidad de esa entidad, pues sostiene haber dado cumplimiento cabal con sus obligaciones.

Propuso las excepciones de INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE E IMPUTABLE A LA NUEVA EPS; CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR; INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE LA NUEVA EPS SA POR HECHO DE TERCERO, INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO IMPUTABLE A LA NUEVA EPS E INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA NUEVA EPS Y EL PERJUICIO ALEGADO/RESULTADO FINAL; AUSENCIA DE CULPA Y RUPTURA DE NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA A UN TERCERO; CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA, INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO.

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO, CONDICIONES PROPIAS DE LAS PATOLOGÍAS QUE PRESENTA EL PACIENTE- HECHO DE LA VÍCTIMA-; OBLIGACIÓN DE MEDIO NO DE RESULTADO, INEXISTENCIA DEL FACTOR DE IMPUTACIÓN: CULPA A TÍTULO DE FALLA DEL SERVICIO; COBRO DE LO NO DEBIDO Y GENÉRICA.

Llamó en garantía al SES.

2.3.3. ALLIANZ SEGUROS (Llamada en garantía por el SES):

Se opuso a la totalidad de las pretensiones y afirmó que ninguna de las circunstancias referidas en los hechos es de su resorte en la medida que la entidad aseguradora es totalmente ajena a las mismas. Sin embargo, destaca lo señalado por el apoderado de SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD en la contestación de la demanda cuando precisa que las pretensiones de la demanda carecen de respaldo fáctico y jurídico y debe configurarse las causales eximentes de responsabilidad respecto al SES tal y como quedará demostrado en el transcurso del proceso.

Precisó que esa aseguradora sólo está llamada a responder de acuerdo a los términos y condiciones del contrato de Seguro de Póliza de Responsabilidad civil Profesional Clínica y Hospitales No. 0219220481-0 en cuanto su obligación de pagar será solo en el evento en que el asegurado sea judicialmente declarado responsable de los perjuicios y daños reclamados por la parte demandante y dentro de los límites del valor asegurado, deducible, amparos y exclusiones.

Propuso las excepciones de inexistencia de relación de causa a efecto entre los actos del equipo médico, es decir, el servicio prestado por el SES y el fallecimiento del señor MARIO TORRES VERGARA; la de Inexistencia de omisión por parte del SES; Inexistencia de la obligación de indemnización por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad; falta de los presupuestos que configuran la responsabilidad de nuestra legislación –acto médico; y genérica. Como llamada en garantía excepcionó la sujeción de las partes al contrato de seguro y a las normas legales que lo regulan; inexistencia de obligación al no existir responsabilidad imputable al asegurado; límite de amparo asegurado bajo la póliza objeto del llamamiento en garantía (suma asegurada, deducible a cargo del asegurado) y la excepción genérica.

2.4. Etapa de Alegatos:

2.4.1. Parte demandante:

Afirmó que los testimonios de los profesionales de la salud que declararon corroboraron que el paciente falleció como consecuencia de una infección urinaria complicada que lo llevó a una urosepsis que a su vez se tornó en falla orgánica multi-sistémica y luego a la muerte.

6

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

Afirmó que la referida infección presentada por el paciente, es de las catalogadas como intrahospitalaria o nosocomial pues cumple con todos los criterios definidos por la doctrina, la cual se originó a raíz del paso de la sonda vesicular que le fuera colocada en el SES.

Solicitó la condena con base en una responsabilidad subjetiva por falla en el servicio que según afirma, el Consejo de Estado exige en su jurisprudencia demostrar el hecho para que pueda endilgarse la responsabilidad. Que adicional a la infección se presentó una negligencia y omisión en la atención del paciente que derivan en dicha responsabilidad, la cual sostiene, demostró en el presente caso.

2.4.2. Parte demandada:

2.4.2.1.- NUEVA EPS:

Indicó que, en atención al problema jurídico planteado, los hechos de la demanda y una vez agotado el debate probatorio, deben desestimarse todas las pretensiones por existir ausencia total de prueba de los hechos de la demanda y probarse las excepciones planteadas por los demandados.

Dijo que la historia clínica da cuenta que el señor MARIO TORRES VERGARA recibió atención continua y su patología fue estudiada constantemente, que los demandantes de forma conveniente omiten señalar que los signos vitales del paciente se encontraban normales y que los médicos trabajaron sobre la sospecha diagnóstica de una infección de vías urinarias.

Realizó un recuento sobre los testimonios médicos recepcionados para indicar que el aumento de leucocitos en el paciente lo que demostraba era una inflamación y por ello se realizó tratamiento antibioticoterapia.

Que la infección nosocomial se presenta dentro de las 72 horas siguientes a la intervención del paciente, lo que no se deduce en este caso ya que, el aumento de los leucocitos, se dio en menos de 24 horas, por lo que no es posible afirmar tal infección.

Del especialista en urología resaltó que el paciente siempre tuvo infección urinaria, que es un tipo de urgencia común y frecuente en pacientes mayores masculinos y que los médicos están formados para la colocación de una sonda, que la presencia de un urólogo se requiere cuando existe complicación mayor como la obstrucción de la sonda, lo que ocurrió posteriormente y que fue atendido conforme a la buena práctica médica. También resaltó que no hubo paso traumático de la sonda, pues la hematuria ya estaba presente en la orina desde que se coloca la sonda. El primer drenaje fue hematórico.

Afirmó que se encuentra entendido el daño como la muerte del señor MARIO

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

TORRES VERGARA pero no los perjuicios morales de los demandantes, pues no tienen soporte diferente a la mera presunción.

Considera que no existe prueba alguna de la imputación, que las afirmaciones de la demanda son temerarias y carentes de prueba y que el paciente fue atendido con oportunidad y tratado conforme a los protocolos médicos. Que su muerte no es imputable a las demandadas, sino que ocurrió como consecuencia de una complicación súbita de su estado de salud que pudo tener relación con sus comorbilidades.

Solicitó la absolución de responsabilidad para esa EPS ante la inexistencia de responsabilidad.

2.4.2.2.- SES - Hospital de Caldas:

Manifestó que el Despacho debe tener en cuenta que al señor MARIO TORRES VERGARA se le brindó durante su ingreso y permanencia, toda la atención médica y diagnóstica indispensable, de acuerdo a los cuadros clínicos que presentó, haciendo uso de los recursos humanos y científicos calificados disponibles, de manera oportuna, diligente, humana y con el cuidado permitido por el caso concreto.

Afirmó que las afirmaciones de la demanda son apreciaciones subjetivas carentes de todo fundamento médico y científico que se produjo una falla en el servicio por un mal proceder en el proceso del paso de la sonda vesical, lo cual no tiene asidero médico ni científico y, por lo tanto, no constituye nexos causal ya que para la fecha de ingreso al SES, el paciente contaba con 83 años, padecía de hipertensión manejada con verapamilo e hipertrofia prostática. Que de la historia clínica se observa que el paciente refiere edema escrotal de procedimiento quirúrgico de hace 8 años atrás.

Que desde el ingreso del paciente al SES, contó con la asistencia de un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud como médicos generales, especialistas, ayudas diagnósticas, apoyo de personal asistencial en todos los servicios que realizaron ingentes esfuerzos para procurar la recuperación del paciente como se corrobora en la historia clínica allegada al proceso, que dan cuenta también de la diligencia, cuidado, eficiencia, prudencia, idoneidad y atención oportuna.

Sostuvo igualmente que los hechos de la demanda están narrados en forma superflua y conveniente, corresponden a una interpretación que pretende darle el apoderado haciéndolos parecer como responsabilidad del cuerpo médico interviniente y de la institución queriendo así crear un nexos causal inexistente. No se tuvieron en cuenta en la demanda los elementos científicos que constituyen la evaluación adecuada de un paciente.

8

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

En cuanto al régimen de responsabilidad aplicable en los eventos en que se discute la responsabilidad de los establecimientos prestadores del servicio de salud, el Consejo de Estado ha consolidado la postura según la cual, la falla probada del servicio es el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal.

Hizo mención puntual a algunos aspectos enunciados por los testigos que trajo el SES a la audiencia de pruebas para resaltar que, con ellos, la parte accionante no logró demostrar ninguno de los hechos plasmados en la presente acción. Es decir, no cumplió con la carga probatorio para acreditar el daño alegado.

Consecuencia de sus alegaciones conclusivas, solicitó se denieguen las súplicas de la demanda y se declaren prosperas las excepciones propuestas por el SES denominadas AUSENCIA DE NEXO CAUSAL, condenando en costas y agencias en derecho a los accionantes.

2.4.2.2.- ALLIANZ SEGUROS:

Afirmó en sus alegaciones conclusivas que no son ciertos los dichos de la demanda en tanto los testimonios de los profesionales de la salud fueron claros y concretos en manifestar que el paciente no tuvo ni presentó infección intrahospitalaria. Indicó también que la parte actora no presentó pruebas para demostrar la responsabilidad del SES –HOSPITAL DE CALDAS-.

Precisó también que en la historia clínica del paciente se consignaron los antecedentes de salud y las atenciones que le fueron practicadas entre el 18 y el 21 de mayo de 2014. Entre sus antecedentes refiere que se encontraba obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, resección trans-uretral, hipertrofia prostática benigna. Y se evidencia claramente que desde el 2009 venía padeciendo dificultades urinarias por las que debió ser intervenido, siendo estas y su avanzada edad las que dieron lugar a su lamentable fallecimiento.

Afirmó que no se presenta nexo causal entre el hecho y el daño, pues en ninguna parte de la historia se evidencia que el fallecimiento del señor MARIO TORRES tuviera origen en el deficiente o inadecuado servicio prestado por el SES o por la supuesta negligencia del personal médico que le atención y que se cumplió con todos los protocolos para la colocación de la sonda, por demás fueron quienes atendieron en forma personal al paciente, especialistas con conocimientos científicos en medicina como lo son el urólogo y el intensivista.

Concluyó entonces que el SES aportó todas las pruebas necesarias para demostrar que dio cumplimiento en todo lo relacionado con la atención médica del señor MARIO TORRES VERGARA y que su fallecimiento se debió a causas ajenas a ese Hospital, solicitando entonces que el demandante no probó las presuntas fallas médicas suscitadas en la atención del señor TORRES VERGARA. solicitó se absolviera al demandado y consecuencialmente a la

llamada en garantía.

2.4.3. Concepto del Ministerio Público: La Procuradora Judicial para Asuntos Administrativos no emitió concepto.

3. CONSIDERACIONES

3.1. Cuestión previa:

3.1.1 De la legitimación en la causa:

3.1.1.1. Por activa:

Es la identidad que tiene el demandante con el titular del derecho subjetivo y, por lo mismo, posee la vocación jurídica para reclamarlo. En este asunto, dicha legitimación la ostentan los demandantes MARÍA PASTORA MONTOYA DE TORRES, ALBERTO, MARIO y CARLOS ANDRÉS TORRES MONTOYA, esposa e hijos del Occiso MARIO TORRES VERGARA, parentescos plenamente acreditados mediante los registros civiles de nacimiento visibles de folios 32 a 35, por lo que no cabe duda de su interés en el presente asunto.

El Juzgado observa cumplido el presupuesto para accionar, pues se reitera, está demostrado debidamente el interés que les asiste por los aparentes perjuicios causados por las demandadas a raíz del fallecimiento del señor MARIO TORRES VERGARA.

3.1.1.2. Por pasiva:

La legitimación material en la causa, alude a la participación real de las personas en el hecho que origina la presentación de la demanda independientemente de que dichas personas no hayan demandado o que hayan sido demandadas ⁽²⁷⁾. Es así que, Servicios Especiales de Salud Hospital de Caldas está legitimado para comparecer como demandado, por cuanto es la entidad a la cual se le atribuye la presunta falla en la prestación de la atención médica a la víctima (legitimación formal), al tiempo que está acreditado en el proceso (con la historia clínica), que, en efecto, prestó servicios en salud a la víctima (legitimación material).

Sobre la capacidad para ser parte de esta entidad, debe tenerse en cuenta que la institución es una Asociación de participación, de carácter público, de interés colectivo sin fines de lucro; se constituye por lo tanto en una entidad descentralizada, indirecta o de Segundo grado perteneciente al orden municipal¹ de donde deviene su capacidad para ser parte en este asunto.

¹ Ver fl. 59

A su vez se entiende que la NUEVA EPS - sociedad de economía mixta. a la cual se encontraba vinculado el señor MARIO TORRES VERGARA y por cuenta de la cual fue ingresado al Hospital de Caldas.

3.2. El fondo del asunto:

Corresponde al Despacho determinar si los perjuicios inmateriales alegados por la parte actora, derivados de la muerte del señor **MARIO TORRES VERGARA** son imputables a Servicios Especiales de Salud y la Nueva EPS por la presunta infección intrahospitalaria o nosocomial adquirida por el occiso como consecuencia de la colocación de sonda vesicular, sumado a la negligencia y omisiones, que dicen, incurrió el personal médico de la institución que conllevarían su deceso.

3.3. Problemas Jurídicos:

Problema jurídico entre demandante y S.E.S:

¿Incurrió la IPS SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD - HOSPITAL DE CALDAS en una falla en el servicio que diera lugar a la muerte del señor MARIO TORRES VERGARA? De ser así, ¿cuál fue y qué relación tuvo con su deceso?; debe entonces responder el SES por los perjuicios ocasionados al grupo al grupo familiar demandante?

Problema jurídico entre la NUEVA EPS y el SES HOSPITAL DE CALDAS:

De ser responsable la NUEVA EPS, ¿debe responder el SES como llamado en garantía, por los perjuicios ocasionados a los demandantes en consideración al contrato No. 890807591 de prestación de servicios asistenciales del plan obligatorio de salud suscrito con la EPS?

Problema jurídico entre el S.E.S y ALLIANZ SEGUROS como llamada en garantía:

De ser responsable el S.E.S, ¿debe responder la aseguradora llamada en garantía por los perjuicios ocasionados conforme a la póliza de responsabilidad suscrita con la parte accionada? En caso afirmativo, ¿en qué proporción?

3.4. De las pruebas aportadas al proceso:

- El deceso del señor MARIO TORRES VERGARA se acreditó con la copia del Certificado de Defunción No. 81143751-8, visible a folio 30 y 31.
- Con las historias clínicas de la **ESE SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD**, acreditan los demandantes los hechos dañosos que se invocan en la demanda,

concretamente, la muerte del señor MARIO TORRES VERGARA. El daño será analizado en el acápite correspondiente. Folios 37 al 66.

- Se aportó certificación expedida por el Director Territorial de Salud de Caldas, en relación con la conformación de la Asociación sin ánimo de lucro "Servicios Especiales de Salud –S.E.S". Folio 24.

- Se allegó certificado de existencia y representación de la NUEVA EPS, fl. 25 al 29.

- Conciliación extrajudicial realizada ante la Procuraduría 179 Judicial I para asuntos administrativos. Folios 67 y 68.

De la prueba documental aportada con la contestación de la demanda por parte del SES:

- Certificación expedida por el Director Territorial de Salud de Caldas, en relación con la conformación de la Asociación sin ánimo de lucro "Servicios Especiales de Salud –S.E.S". Folio 113.

- Copia de la Historia clínica del señor MARIO TORRES VERGARA de fls 114 a 159.

- Certificado de existencia y representación de ALLIANZ SEGUROS S.A como llamada en garantía. Folios 164 al 177.

- Copia de la Póliza 021920481 la cual cubre vigencias a partir del 2 de agosto de 2007 suscrita entre el SES HOSPITAL DE CALDAS y ALLIANZ SEGUROS S.A. y las condiciones generales de la misma. Folios 178 a 187.

Prueba documental aportada por la NUEVA EPS:

Contrato de prestación de servicios asistenciales del Plan Obligatorio de salud del régimen contributivo bajo la modalidad de evento suscrito entre la NUEVA EPS S.A y SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD No. 890807591 con acta de terminación del 7 de febrero de 2014, fls 226 al 243.

De la prueba testimonial:

Por la parte demandante se escuchó al señor José Obdulio Betancur.

Por el SES se escuchó a:

- 1.- Doctor Enrique Augusto Ramírez Latorre, médico intensivista del SES.
- 2.- Dr. César Alberto Berrocal Cogollo.

El análisis de sus dichos y la valoración otorgada a los mismos se realizará en el caso concreto.

3.5. Argumento Central:

3.5.1. Del régimen de responsabilidad

El artículo 90 constitucional dispone que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, la cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado² tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública³ tanto por la acción, como por la omisión de un deber normativo⁴.

En relación con las fallas médicas, es posición consolidada del Consejo de Estado que la responsabilidad por la prestación del servicio de salud es de naturaleza subjetiva y el título de imputación es la falla probada del servicio. Al respecto:

“La imputación en los casos de responsabilidad por falla médica ha tenido una evolución importante, transitando por varias formas, desde el régimen subjetivo por falla probada del servicio, la presunción de falla del servicio, la carga dinámica de la prueba y mediante providencia del 31 de agosto de 2006⁵ se volvió al régimen general de falla probada del servicio, teniendo en cuenta la complejidad del tema médico y la dificultad probatoria que se le presenta a las instituciones públicas debido al volumen de casos que atienden y al lapso de tiempo transcurrido, que dificultan la consecución de los soportes de su actuación..”

13

Se debe decir que uno de los derechos de los ciudadanos es precisamente el derecho a la Salud, de rango constitucional y de gran relevancia, en la medida en que por la estrecha relación que tiene con el derecho fundamental a la vida,

² “3- Hasta la Constitución de 1991, no existía en la Constitución ni en la ley una cláusula general expresa sobre la responsabilidad patrimonial del Estado. Sin embargo, la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y, en especial, del Consejo de Estado encontraron en diversas normas de la constitución derogada —en especial en el artículo 16- los fundamentos constitucionales de esa responsabilidad estatal y plantearon, en particular en el campo extracontractual, la existencia de diversos regímenes de responsabilidad, como la falla en el servicio, el régimen de riesgo o el de daño especial. Por el contrario, la actual Constitución reconoce expresamente la responsabilidad patrimonial del Estado”. Corte Constitucional, sentencia C-864 de 2004. Puede verse también: Corte Constitucional, sentencia C-037 de 2003.

³ Conforme a lo establecido en el artículo 90 de la Carta Política “los elementos indispensables para imputar la responsabilidad al estado son: a) el daño antijurídico y b) la imputabilidad del Estado”. Sentencia de 21 de octubre de 1999, Exps.10948-11643. Es, pues “menester, que además de constatar la antijuridicidad del [daño], el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, ‘la imputatiojuris’ además de la ‘imputatiofacti’”. Sentencia de 13 de julio de 1993. En el precedente jurisprudencial constitucional se sostiene: “En efecto, el artículo de la Carta señala que para que el Estado deba responder, basta que exista un daño antijurídico que sea imputable a una autoridad pública. Por ello, como lo ha reiterado esta Corte, esta responsabilidad se configura “siempre y cuando: i) ocurra un daño antijurídico o lesión, ii) éste sea imputable a la acción u omisión de un ente público”. Corte Constitucional, sentencias C-619 de 2002; C-918 de 2002.

⁴ “Toda acción administrativa concreta, si quiere tenerse la certeza de que realmente se trata de una acción administrativa, deberá ser examinada desde el punto de vista de su relación con el orden jurídico. Sólo en la medida en que pueda ser referida a un precepto jurídico o, partiendo del precepto jurídico, se pueda derivar de él, se manifiesta esa acción como función jurídica, como aplicación del derecho y, debido a la circunstancia de que ese precepto jurídico tiene que ser aplicado por un órgano administrativo, se muestra como acción administrativa. Si una acción que pretende presentarse como acción administrativa no puede ser legitimada por un precepto jurídico que prevé semejante acción, no podrá ser comprendida como acción del Estado”. MERKL, Adolfo. Teoría general del derecho administrativo. México, Edinal, 1975, pp.212 y 213.

⁵ Consejo de Estado; Sección Tercera, Sentencia de 31 agosto de 2006, Rad 15772, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

puede llegar a ostentar esa misma categoría y por tanto a recibir protección por vía de tutela, como en varias oportunidades lo ha reconocido la Corte Constitucional. Este derecho implica la obligación a cargo del Estado de garantizar la prestación de servicios médico asistenciales y la implementación de políticas públicas en materia de salud⁶.

En efecto, a pesar de los notables progresos que ha experimentado en los últimos siglos, el ejercicio de la medicina comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Esto es así porque todo procedimiento médico implica algún grado de riesgo (así en algunos casos pueda ser ínfimo) cuya eventual realización la asume el paciente, una vez conocida en forma de consentimiento informado.

En vista, pues, de que a la práctica médica atañe siempre un cierto componente de inexactitud o si se quiere de *alea*, no es dable sostener que las obligaciones que las instituciones médicas y asimismo los profesionales de la salud contraen con los pacientes sean de resultado. Por eso, aunque se han abandonado unánimemente las posturas que abogan por una total irresponsabilidad del médico, la naturaleza de medio de las obligaciones médico asistenciales y hospitalarias es de común aceptación.

Lo anterior significa, básicamente, que el paciente tiene derecho a exigir la mayor diligencia posible, de donde se sigue como inconcuso, que el mero “fracaso” del procedimiento médico no constituye una violación de las obligaciones que se adquieren con la prestación, mientras que el desconocimiento de la atención debida sí se puede considerar lesiva del bien jurídico fundamental de la salud, así de esta no se siga como consecuencia un daño adicional. Por lo dicho, se concluye también que, en toda reclamación por responsabilidad médica, la negligencia, así no fuere causa del resultado, genera responsabilidad es decir se trata de un daño principal e independiente.

En vista, pues, de que el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es preciso establecer en qué consiste ésta última. Es de común aceptación, en efecto, que la diligencia médica exige acudir a todos los medios *posibles* para la salvaguarda de la vida y la salud del paciente, mas, como cada uno de los términos antes mencionados tiene un cierto grado de polisemia, se impone hacer precisiones adicionales.

En primer lugar, es menester subrayar que el deber de salvaguardar implica tanto la prevención como el tratamiento. En segundo lugar, se debe resaltar que, como lo ha puesto de manifiesto la jurisprudencia de las jurisdicciones constitucional y contencioso administrativa, los bienes jurídicos de la vida y la salud no se refieren únicamente al mantenimiento de la subsistencia y la funcionalidad orgánica, sino

⁶Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, C. P. Olga Mélida Valle de La Hoz, diecinueve (19) de agosto de dos mil once (2011), Radicación número: 25000-23-26-000-1994-09768-01(20423)

que está permeada por las exigencias de la dignidad humana, de lo cual se sigue que la obligación médica se extiende a situaciones terminales, con un componente paliativo y que las acciones tendientes a la recuperación de la funcionalidad e integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia de respeto al paciente y sus allegados, frente a quienes se tiene obligaciones de veracidad, garantía del consentimiento informado y, en general, de trato acorde con la dignidad humana.

Para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia en el servicio médico, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta del mismo, esto es, con la garantía de la atención, el ingreso, la celeridad, la calidad del servicio y el evitar trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico, consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, se debe recalcar que la negligencia alegada en los casos de responsabilidad médica no solamente se limita a la *mala praxis*, por parte del personal tratante, sino que puede darse también en virtud de un desorden infraestructural (ya sea de la Institución médica o del sistema de salud como un todo) por cuya causa, los médicos tratantes ven entorpecida su actuación, aunque, en el caso concreto, actúen dentro de los parámetros de la diligencia *posible*. En resumen, la negligencia puede ser profesional, pero también sistemático-institucional⁷.

15

Ahora bien, frente al título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal en punto concreto a la teoría por daños derivados de infecciones hospitalarias o nosocomiales, se cita a continuación la postura consolidada por el Consejo de Estado según la cual, **no aplica la falla probada del servicio** sino la **responsabilidad objetiva**. Así por ejemplo, la Sección Tercera del Consejo de Estado, en providencia del 29 de noviembre de 2017, realizó de manera amplia un recuento de los diversos pronunciamientos del Alto Tribunal, en torno al tema:

“Es de notar, así mismo, en los últimos años, la jurisprudencia de esta sección ha aceptado consistentemente la aplicabilidad de una forma de responsabilidad al margen de la culpa en este tipo de supuestos.

La sentencia pionera en relativizar la otrora absoluta prevalencia del régimen de la culpa en la responsabilidad médica, es la fechada el 19 de agosto de 2009, se declaró lo siguiente sobre la predicación de la responsabilidad frente a las infecciones nosocomiales y otras clases de eventos adversos:

⁷ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

“Así mismo, se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen lesiones antijurídicas que se analizan dentro de los actos médicos y/o paramédicos, y que, por consiguiente, se rigen por protocolos científicos y por la *lex artis*; en consecuencia, si bien gravitan de manera cercana a la obligación de seguridad hospitalaria, no pueden vincularse con la misma, motivo por el que en su producción no resulta apropiado hacer referencia técnicamente a la generación de un evento adverso. Por el contrario, aquéllos constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados –y así ha sido aceptado por la mayoría de la doctrina y jurisprudencia extranjeras–⁸ desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias⁹.

La Subsección “C” reiteraría, nuevamente, este postulado en sentencia de 24 de marzo de 2011:

“... Se hace claridad en que los daños derivados de: infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, la aplicación de vacunas, el suministro de medicamentos, o el empleo de métodos terapéuticos nuevos y de consecuencias poco conocidas todavía, constituyen daños antijurídicos que tienden a ser imputados o endilgados desde una perspectiva objetiva de responsabilidad, razón por la que no tendrá relevancia jurídica la acreditación de que la entidad hospitalaria actuó de manera diligente o cuidadosa, sino que lo determinante es la atribución fáctica o material del daño en cabeza del servicio médico y sanitario brindado, asociado con el factor de riesgo que conllevan las mencionadas circunstancias¹⁰”.

16

Posteriormente, en marzo de 2012, la Subsección “A”, aceptó la procedencia de formas objetivas de responsabilidad en los casos de infección nosocomial. En la referida sentencia se lee:

“... para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado, quien alega haber sufrido un perjuicio **deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente;** ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero.

⁸ PUIGPELAT, Oriol Mir “Responsabilidad objetiva vs. Funcionamiento anormal en la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (y no sanitaria)”, Conferencia impartida el 28 de noviembre de 2007 en el marco de las Jornadas Hispano – Mexicanas sobre el derecho a la salud y la responsabilidad patrimonial sanitaria. Ver igualmente: REGAÑON GARCÍA – ALCALÁ, Calixto Díaz “Responsabilidad objetiva y nexos causal en el ámbito sanitario”, Ed. Comares, Granada, 2006.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 19 de agosto de 2009, Exp. 17733., C.P. Enrique Gil Botero.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 24 de marzo de 2011, Exp. 20836, C.P. Enrique Gil Botero.

“(...). La Sala encuentra, entonces, que a la luz de los documentos aportados al proceso, la infección sufrida por la señora Cuesta Torres, la cual le causó la artritis séptica, fue adquirida como consecuencia de la artrografía que se le realizó en su rodilla derecha el día 27 de octubre de 1997 en las instalaciones del Hospital Universitario San José de Popayán, razón por la cual y atendiendo la jurisprudencia consolidada en la materia, en punto a la responsabilidad objetiva por infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, revocará la sentencia de primera instancia y, en su lugar, declarará al Hospital Universitario San José de Popayán y a COMSALUD I.P.S., como responsables patrimonialmente por los hechos objeto de este proceso.

Por otra parte, aun cuando tanto el Hospital Universitario San José de Popayán y como COMSALUD I.P.S., acreditaron haber actuado con diligencia y cuidado en la realización del procedimiento médico, dicha conducta no resulta suficiente para exculparlas en un caso como el presente, en el cual se analizan los hechos objeto del litigio a partir de un esquema de responsabilidad objetiva, puesto que sólo se podrá exculpar a la parte demandada, se reitera, cuando ella acredite una causa extraña; en el presente caso, sin embargo, no se encuentran elementos probatorios que le permitan a la Sala inferir la existencia de alguna causa extraña al actuar de las entidades demandadas, que hubiere podido generar la infección que padeció la señora Cuesta Torres”¹¹.

En noviembre del mismo año, la misma Subsección se pronunció sobre la responsabilidad estatal en el caso de la muerte de una madre a causa de “sepsis secundaria a episiotomía sobre infectada”, estos términos que evidencian la aceptación de formas objetivas de responsabilidad:

“... Aun cuando el Hospital Lorencita Villegas de Santos acreditó haber actuado con diligencia y cuidado en la realización del parto -el cual se realizó de forma satisfactoria- y, posteriormente, inició el tratamiento antibiótico para contener la infección adquirida en dicho centro hospitalario, tales actuaciones per se no resultan suficientes para liberarlo de responsabilidad en un caso como el presente, en el cual se analizan los hechos objeto del litigio a partir de un esquema de responsabilidad objetiva, en virtud del cual corresponde a la parte actora acreditar nada más allá de los conocidos elementos que configuran la responsabilidad: actuación del Estado, daño antijurídico e imputación, extremos que se encuentran suficientemente acreditados en el expediente, pues -bueno es insistir en ello-, fue una infección contraída en el centro hospitalario demandado que produjo la muerte de la paciente.

Ese mismo marco conceptual impone entender que es a la entidad demandada a quien correspondía demostrar -en este caso concreto-, mediante pruebas legales y regularmente traídas al proceso, si se había dado algún supuesto de hecho en virtud del cual pudiera entenderse configurada una causal de exoneración, como fuerza mayor, hecho exclusivo de un tercero o culpa exclusiva y determinante de la víctima, y ocurre que ninguna de estas causales eximentes de responsabilidad ha sido acreditada en el plenario”¹².

¹¹ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 27 de junio de 2012, Exp. 21.661 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹² Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia proferida el 7 de noviembre de 2012, Exp. 26.124.

Igualmente, en sentencia de 29 de mayo de 2013, esa misma Subsección declaró la responsabilidad estatal, al margen de la culpa. Lo hizo en estos términos:

“De todo lo anterior, la Sala considera que aparece demostrado que la infección presentada por el señor CESAR AUGUSTO OSPINA LEON, fue adquirida en la Clínica San Pedro Claver, por cuanto la historia clínica es contundente en señalar que desde la entrada al centro hospitalario, 4 de abril de 1998, y hasta antes del primer postoperatorio, 28 de abril de esa anualidad, el paciente no presentó ningún síntoma o señal de infección, al punto que el cultivo practicado dio resultado negativo. Ahora bien, es claro que fue a partir de la cirugía que apareció el proceso infeccioso el cual se hizo persistente a punto que ni siquiera con la amputación de la extremidad se logró restablecer la salud del paciente. (...), situación fáctica que se ajusta a lo que la jurisprudencia de esta Sub Sección sostiene acerca de la responsabilidad de índole objetiva para eventos de infecciones intrahospitalarias.

Ese mismo marco conceptual impone entender que si bien está acreditada la diligencia y cuidado con las que actuó la entidad demandada en la atención prestada al señor Ospina con ocasión de su fractura, lo cierto es que, en estos eventos de infecciones intrahospitalarias, la responsabilidad del ente hospitalario se fundamenta en el hecho de que, a pesar de la gravedad de la fractura, lo cierto es que el lesionado ingresó libre de infección, y que los microorganismos que la provocaron, fueron adquiridos por el paciente en las instalaciones de la demandada”¹³.

(...)

Esta misma subsección, reiteró la jurisprudencia sobre la procedencia de formas objetivas de responsabilidad en sentencia de 30 de abril de 2014¹⁴. En dicha sentencia, se realiza un análisis exhaustivo de las que justifican la declaración de la responsabilidad en el caso de las infecciones nosocomiales. Adicionalmente, advierte que a pesar de estas razones, la aplicación de formas objetivas de responsabilidad puede generar tensiones y disfuncionalidades, cuya resolución requiere del trabajo conjunto de las autoridades. Por esta razón, la sentencia exhortó al Ministerio de Salud y a la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado para que trabajen en la elaboración de proyectos de ley que permitan distribuir razonablemente los riesgos asociados a esta clase de infecciones.

Por su parte, la Subsección A recogió y reiteró la jurisprudencia precedente en sentencia de 11 de junio de 2014¹⁵, cuyo esquema en buena parte se ha seguido en la motivación de esta providencia. Dicha sentencia concluye:

“Ahora bien, para recapitular lo hasta ahora dicho, ha de decir la Sala que el manejo que le ha dado la jurisprudencia contencioso administrativa colombiana a los asuntos de responsabilidad médica derivados de infecciones nosocomiales o intrahospitalarias, en un principio -año 1997-, fue estudiado bajo el título de falla presunta del servicio, caso en el cual le correspondía a la entidad demandada acreditar la diligencia y cuidado en la atención para exculparse; no obstante, años más tarde -2009-, las infecciones

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del 29 de mayo de 2013, Exp. 28.483.

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, Sentencia de 30 de abril de 2014, radicación 250002326000200101960 01 (28214), C.P. Danilo Rojas Betancourth.

¹⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia de 11 de junio de 2014, radicación: 25000232600019980226801 (27089), C. P. Hernán Andrade Rincón y Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de 27 de junio de 2014, radicación: 199613709 (30583), M.P. Hernán Andrade Rincón.

nosocomiales -con apoyo en jurisprudencia y doctrina extranjera-, fueron incluidas por la jurisprudencia de la Sección Tercera dentro de los eventos catalogados como riesgosos en el ejercicio de la actividad médica, susceptibles de ser analizados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, concretamente por riesgo excepcional. De igual forma, según el anterior recuento jurisprudencial, se tiene que a partir del año 2012, la jurisprudencia de la Sección Tercera atribuyó responsabilidad patrimonial al Estado por las infecciones nosocomiales en casos particulares; para tal efecto, señaló que le basta a la parte actora acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial y/o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada hubiere actuado de manera indebida o negligente. Tales planteamientos esbozados por la Sección Tercera del Consejo de Estado en torno a la aplicación del régimen objetivo de responsabilidad derivado de las infecciones nosocomiales, resultan concordantes y coherentes con el derecho comparado (Francia, Argentina, España y Chile), en donde se estudian dichos daños bajo el régimen de responsabilidad sin culpa u objetivo.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, se concluye entonces que para que pueda declararse la responsabilidad patrimonial del Estado por las denominadas “infecciones” quien alega haber sufrido un perjuicio deberá acreditar que la infección que afectó a la víctima fue adquirida en el centro hospitalario o asistencial o que se produjo como consecuencia de un procedimiento médico, sin que en tal evento resulte necesario que se pruebe que la entidad demandada actuó de manera indebida o negligente; ésta última, por su parte, podrá eximirse de responsabilidad única y exclusivamente probando que la infección, para el caso que ocupa a la Sala en esta oportunidad, ocurrió como consecuencia de una causa extraña, esto es una fuerza mayor o el hecho determinante y exclusivo de la víctima o de un tercero”. -sft

19

En este orden de ideas, el presente asunto deberá estudiarse con fundamento en las premisas jurisprudenciales enunciadas.

3.5.2. Del daño:

En el presente caso, se indica que el daño por el cual se reclama indemnización, se originó en la muerte del señor MARIO TORRES VERGARA, ocurrida el 21 de mayo de 2014.

En criterio del Despacho se encuentra acreditado el daño de la siguiente manera:

- Certificados de Defunción Antecedente para el registro civil - números 81143751-8 y 70734422-4 del señor MARIO TORRES VERGARA, quien falleció el 21 de mayo de 2014 a las 17:15 p.m, fls 30 y 31 del expediente físico.
- Historia clínica correspondiente a la atención brindada al señor TORRES VERGARA en el SES HOSPITAL DE CALDAS entre el 18 y el 21 de mayo de 2014.

Las anteriores pruebas, permiten concluir que la parte actora demostró el daño consistente en la muerte del señor MARIO TORRES VERGARA, comoquiera que

falleció el 21 de mayo de 2014 luego de presentar una falla respiratoria severa y no responder a las maniobras de Reanimación Cardio Cerebro Pulmonar, siendo las 17:15 horas en el SES - Hospital de Caldas.

3.5.3. La imputación de la responsabilidad.

En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica¹⁶, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente del Consejo de Estado: falla o falta en la prestación del servicio – simple, presunta y probada-; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal-; riesgo excepcional). Adicionalmente, resulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado.

Para el análisis de la imputación de los daños en el caso concreto, el Despacho estudiará cada uno de los hechos acusados desde el marco de la diligencia debida conforme se enunció previamente y su conexidad con los daños a la salud sufridos por el paciente, acorde a lo acreditado.

En orden a lo anterior, debe analizarse el material probatorio luz de la jurisprudencia citada en precedencia además de la doctrina y literatura médica existente sobre infecciones intrahospitalarias, a la que acude el Despacho en atención al principio de la sana crítica y como criterio hermenéutico de apoyo a fin de establecer si existió una falla en la prestación del servicio médico a cargo de esa entidad.

Lo primero que se hace necesario resaltar es que, el nombre de “infecciones nosocomiales” fue remplazado por la OMS/OPS¹⁷, por la sigla, IAAS - Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. Y, son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo, pero no limitándose, al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose catalogar como prevenible o no prevenible. De acuerdo a la información generada por OMS/OPS la definición de IAAS, reemplazará otras definiciones previamente utilizadas en otros subsistemas tales

20

¹⁶“La imputación depende, pues, tanto de elementos subjetivos como objetivos”. SANCHEZMORON, Miguel. Derecho administrativo. Parte general., ob., cit., p.927.

¹⁷ 13 <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx>

como infección nosocomial, infección intrahospitalaria o Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS).

Así por ejemplo, encontramos que, según, **Alejandro Llanos-Cuentas**¹⁸, Profesor principal; MD, PhD de la Facultad de Salud Pública y Administración Carlos Vidal Layseca,. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú, las infecciones nosocomiales (IN) –*hoy IAAS*- representan un serio problema de salud a nivel global por la pérdida de vidas humanas y el impacto económico, tanto para las familias, como para el sistema hospitalario. Las tasas de infecciones nosocomiales varían entre los países, siendo mayor en los países en desarrollo. En Europa la tasa de IN está alrededor del 5% y en el Perú varía entre 3,7 y 7,5% dependiendo del tipo de institución hospitalaria.

Pues bien; según el Ministerio de Salud¹⁹, el análisis de causas de fallas en acción en salud para las IAAS cuando se presenta un efecto adverso, se rige por el “Protocolo de Londres”, que presenta el siguiente esquema:



21

Este protocolo demarca como “Fallas latentes” o “activas” toda omisión o acción insegura que repercute en un error que produce un evento adverso; como factores contributivos aquellas acciones que conllevaron a la presencia de la falla activa o acción insegura. Como “barreras y defensas” todas las prácticas seguras que pudieron evitar la presencia de eventos adversos (si existen o están implementados en la institución y si son cumplidas o si se cumplieran); todas ellas, comprenden en conjunto: la entidad médica; el paciente; la labor realizada; tecnología o medios utilizados y el ambiente.

¹⁸ Transmisión de infecciones nosocomiales por el personal de salud. Transmission of nosocomial infections by health personnel.

¹⁹<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Detectar-Infecciones.pdf>,

Ahora bien, previo a descender al análisis concreto y con el antecedente mencionado, el Despacho estudiará las circunstancias en las cuales se prestó el servicio médico al señor MARIO TORRES VERGARA y en las que se produjo su muerte, conforme a las historias clínicas allegadas por la parte actora y el SES para finalmente establecer si el hecho dañoso es endilgable a las entidades demandadas, así:

De la Historia clínica aportada al proceso:

El señor MARIO TORRES VERGARA ingresó al servicio de urgencias del SES, el 18 de mayo el 2014, a las 8:23 p.m por *“cuadro de 24 horas de evolución... inició con disminución del calibre del chorro... incapacidad para orinar... posteriormente dolor intenso y globo vesical...”*

Desde el ingreso del paciente se registraron como antecedentes los de HTA e HPB y que se encontraba sintomático; en aparentes aceptables condiciones generales, afebril, hidratado, consciente, alerta, colaborador y orientados en las 3 esferas. Fl. 37.

Para su ingreso, se le realizaron paraclínicos cuya interpretación concluyó: “hemograma de control”. Adicionalmente, se le practicó ecografía renal y de vías urinarias clínica, que arrojó: **hematuria**, dolor abdominal; riñones de aspecto senil, con pequeños quistes sinusales a nivel renal bilateral, vejiga con contenido eco-génico con nivel líquido-líquido – en **probable relación a su diagnóstica de hematuria**.

Significa lo anterior que, desde el ingreso por urgencias el paciente ya venía con la hematuria referida en la demanda. Así se corrobora también en la atención del día siguiente, 19 de mayo de 2014, consultó *en la madrugada de hoy por cuadro de retención urinaria, dolor hipogástrico... álgido con globo vesical, se ingresa para cateterismo vesical; **encontrando hematuria franca** que no ha logrado aclarar a pesar de la irrigación que se indicó. Al practicarle segundos exámenes, se concluyó: *se trata de paciente masculino en la novena década de la vida que consulta por cuadro de retención urinaria. Al paso de la sonda vesical hematuria franca en manejo con irrigaciones. Paciente con mejoría de la hematuria, pero en cuadro hemático, marcada **leucocitosis más neutrofilia**. Se inició manejo antibiótico con cefazolina.**

En esa atención se registró también que el paciente se encontraba asténico, adinámico y se solicitó ionograma; parcial de orina y que estaba pendiente de valoración por urología por falta de respuesta de la EPS. Paciente con edema marcado en ronda con urgenciología, por lo cual se solicitó eco testicular para determinar su origen. Se solicitó también rx de tórax y nuevos exámenes de laboratorio.

22

El 20 de mayo, se registró nuevamente la hematuria en su historia clínica y **sepsis de origen urinario, emesis²⁰, orinas fétidas según...** se revisó sonda vesical y se encuentra que la irrigación a la sonda pasa, pero no hay retorno a cistoflo. **Paciente en mal estado general**, polipneico, deshidratado, afebril, desorientado en tiempo y espacio, con gran globo vesical... se ordena pasar a sala de shock; colocar oxígeno, bolo de ssn 1000 cc, tratar de destapar sonda vesical, colocar cavafix, ampicilina sulbactam 3 grs, ss lactato 3kg, gases arteriales, PCR y ajustar luego según función renal. Monitoreo continuo lev ssn 1000 cc en bolo luego 100 cc hora glucometría (60) dejar dextrosa al 10% en ssn a 20 cc hora,

Se evaluó paciente por sospecha de urosepsis/hematuria, macroscópica/delirium. Se solicitó valoración por obstrucción de sonda vesical por coágulos... Se manipula sonda vesical, se drena globo vesical de 2000m1, orinas oscuras, fétidas por coágulos. se realiza drenaje vesical de abundantes coágulos, se lava vejiga con jeringa de pivote largo con 2000m1 de solución salina hasta dejar permeable la sonda vesical y retorno sólo con ligero tinte hematórico. se deja sonda abierta a cystoflo y con irrigación vesical. Sin complicaciones en la limpieza y drenaje tras-uretral de vejiga. Se le inició manejo con **antibiótico**, oxígeno.

El referido lavado fue realizado **por urólogo**... hasta obtener retorno claro pero previo dreño aprox. 2000 cc de orina con abundantes coágulos, colocó 1 gr de ácido tranexámico du, paciente persiste polipnéico, taquicardico, sat 90% y se remitió a UCI a donde se trasladó pero se identificó mayor deterioro de su patrón respiratorio, sat 80% con ventury al 50% sat 96 ta 110/50 fc 100 fr 30, no se dispone gases 0 resultados de los mismos, se solicitó manejo en UCI... aceptado por intensivista de turno. Se ordenó radiografía de tórax pa 0 ap y lateral de cúbito lateral oblicuas 0 lateral con 1 bario.

23

En esa misma calenda, al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, se consignó de manera específica y adicional a lo ya indicado: paciente de 83 años, obeso -con antecedentes de obesidad-, dm, hta y rtu por hpb hace 8 años quien ingresa al servicio de urgencias de SES el día 18 de mayo de 2014 , por cuadro clínico de 24 hs de evolución, consistente en dolor abdominal agudo a nivel hipogástrico y disuria, al ser valorado **encuentran globo vesical, razón por la cual proceden a cateterismo vesical con evidencia de orinas hematóricas, con sospecha de IVU y hematuria a estudio**, lo dejan en observación, **inician cefazolina iv**, solic1tan estudios de laboratorio, eco renal y de vías ur1narias y valoración por urología...

Hoy en la noche, paciente, confuso desorientado, con compromiso del sensorio, con cuadro de delirium, además con marcados signos de dificultad respiratoria, alteración del patrón respiratorio, acidótico y polipneico, intenta manejo con máscara venturi con lo cual satura alrededor de 84 % y finalmente se torna hipotenso y mal perfundido, consideran sepsis urinaria y choque secundario,

²⁰ Vómito (expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago).

inician manejo con volumen y escalonan antibiótico a ampicilina sulbactam... solicitan gases arteriales que muestran acidosis metabólica parcialmente compensada, razón por la cual lo comentan a UCI, para monitoreo y manejo por alto riesgo de falla respiratoria... llega traído por médico y enfermero de urgencias... en regulares condiciones generales, con quejido permanente, confuso, desorientado, poco colaborador, quiere quitarse los dispositivos de monitoreo, los lev y el oxígeno, pálido, afebril, con las mucosas húmedas... se le inicia oxígeno por yet ventury... murmullo vesicular limpio en ambos campos pulmonares y con adecuada ventilación pulmonar, los ruidos cardiacos son rítmicos, sin soplos, ni galope, ligeramente taquicardicos... disbalance toraco-abdominal, leves tirajes intercostales, diaforético, patrón respiratorio jadeante, con evidente fatiga muscular, se informa a medico de turno, se realizan ejercicios de distensibilidad pulmonar y tos provocada con movilización de escasa secreción la cual deglute. Se inicia ventilación mecánica no invasiva según orden médica, al momento bien tolerado, pero con lenta mejoría de su patrón respiratorio y saturación la cual llega hasta 87%. paciente tolera intervención, a la espera de mejoría de su cuadro respiratorio.

*“...continuó en malas condiciones generales, a las 16 horas se 10t, porque continúa en falla respiratoria severa, se hace con 2 mg de midazolam con secuencia rápida... continua en muy malas condiciones generales con tendencia a la hipotensión, se titula noradrenalina y continúa con vasopresina en infusión sin mejoría del cuadro... perfundido. a las 16:40 hace de nuevo **compromiso severo de su condición cardiovascular**, se torna bradicardica, con actividad eléctrica sin pulso, se inicia reanimación cardio cerebro pulmonar, compresión externa y con ventilación manual. Se pasa adrenalina en ciclos de 3 minutos, previamente se coloca atropina en dos oportunidades sin mejoría. El paciente en asistolia no responde manera ...a las maniobras de rccp. Fallece a las 17:15, se le avisa a la familia, se hace el no pos de vasopresina, se le había solicitado las plaquetas que se suspenden”.*

24

De la prueba testimonial:

Ahora bien, se tuvo la oportunidad de escuchar a dos de los profesionales especializados en salud que intervinieron en las atenciones médicas recibidas por el señor, MARIO TORRES VERGARA. También fue recibido el testimonio del señor JOSÉ OBDULIO BETANCUR, como prueba pedida por la parte demandante. Al respecto:

En primer lugar, escuchamos al doctor ENRIQUE AUGUSTO RAMÍREZ LATORRE²¹. Médico Intensivista del SES y de la Clínica Versalles. Labora con el SES desde hace 15 años. Se le puso de presente la historia clínica obrante de folio 114 al 159.

Informó haber atendido al señor MARIO TORRES VERGARA al recibir turno en Cuidados Intensivos el 21 de mayo de 2014, refirió que le hizo una evolución en la mañana y falleció en la tarde.

²¹ Cd de pruebas, primera declaración, minuto 08:20 al final.

Frente a la atención brindada al paciente indicó que éste se encontraba dentro del grupo de pacientes que recibió en UCI, había ingresado en la madrugada del 20 al 21 en regulares condiciones, presentado por la unidad de urgencias alrededor de las 2:00 am, en quien encontró las siguientes dificultades: *“...lo evaluó como ...a los demás pacientes, encuentro un paciente cuyo diagnóstico inicial era de dificultad respiratoria aguda, una posible sepsis urinaria y un choque secundario de esta sepsis, una retención urinaria con globo vesical del cual se le extrajo 2000 centímetros cúbicos, una acidosis metabólica. Era un paciente obeso, con diabetes mellitus, hipertenso, con antecedentes de haberse hecho una resección transuretral de próstata hace 8 años. Había presentado hematuria y delirio. Y, estaba soportado, tenía ventilación mecánica no invasiva, alternado con oxígeno bajo cánula nasal...”*

De manera más precisa y para claridad de la audiencia, aclaró: *“Tenía líquidos de base, se le había puesto una droga que usamos ...para mantener la presión arterial cuando encontramos un paciente en estado de choque que se llama Noradrenalina, es una droga que es presora, hace presión en los vasos de la periferia levantando la presión arterial... estaba con infusión de irrigación vesical... y tenía antibiótico...al paciente lo encontré en regulares condiciones, estaba sin temperatura, una presión media aceptable, baja saturación...”* y como aspectos de relevancia al examen realizado, dijo que observó un abdomen blando, una sonda vesical de tres vías, la cual es una sonda especial que se pone en casos de retención urinaria: Una infla el balón, otra para la salida de la orina y otra por donde se ingresan los líquidos para llegar a la vejiga y sacar los coágulos... la glucometría presentaba límites bajos; la función renal se empezaba a comprometer, la proteína presentaba índices de inflamación, la hemoglobina era normal para mantener una buena perfusión, plaquetas bajas, procesos de inflamación -bien por infección o por procesos irritativos-, con pruebas de coagulación levemente alteradas.”

25

Sobre el manejo brindado al paciente, indicó el testigo: *“...Se comienza a manejar la parte de oxigenación con la ventilación mecánica no invasiva... aparato que le ayuda a uno a ventilar el paciente. Cumple dos funciones: sacar el CO2 e ingresar oxígeno de adecuada manera para mantener los niveles de oxigenación suficientemente altos para que la célula se preserve, se pone como máscara, el paciente aspira y el ventilador le proporciona flujo a presión positiva, esa es una manera; la otra manera es un tubo... se conecta a la tráquea y lo seda y el ventilador hace casi todo el trabajo. En este caso se hizo con ventilador mecánico no invasivo, es un método que hacemos previo a Intubación, la intubación ya es... una forma de invadir el cuerpo humano con la posibilidad de que haya infecciones y tenga complicaciones”. Se le pidieron exámenes... plaquetas porque tenía los niveles bajos y tenía antecedentes de hematuria...”* refirió que a fl. 150 a 152 se evidencia el consentimiento informado y que a las 5:30 encontró la nota que alrededor de las 16 h el paciente se comprometió mucho más a nivel respiratorio y se procedió a intubarlo... con ayuda de terapia respiratoria. Siguió con tendencia a la hipotensión, se le puso un vaso-opresor para ayudar a levantar presión y no reaccionó bien, a las 16:40 realizó paro y se reanimó hasta las 17:15 que fallece. El paciente ingresó a UCI a las 2 am y murió a las 5, duró 15 horas en UCI. Entró allí porque estaba en shock con posible falla respiratoria y por su condición crítica.

Al apoderado del SES, el especialista le precisó que las atenciones recibidas por el paciente en dicho Centro Hospitalario, correspondían con el cuadro de

diagnóstico con el cual ingresó, pues *llegó con un severo compromiso de su estado general con tendencia a hipotensión... se le dio un manejo de soporte ...vasoactivo que fue la noradrenalina... para poder darle presión. El paciente llega con mucho compromiso del estado general ...no solo hemodinámico sino respiratorio se le dio el soporte ventilatorio, no lo toleró y hubo que entubarlo... tampoco lo toleró... no respondió a la reanimación y hubo que avanzar en las medidas de soporte, se le puso una vasopresina que es una droga ...mucho más potente que la noradrenalina.*

En punto concreto a la pregunta relacionada con la infección intrahospitalaria adquirida por el paciente -nral octavo de los hechos-, por mal manejo de la sonda vesical, el intensivista respondió que, de acuerdo a lo que revisó de la historia clínica de manera previa a la audiencia y en ese momento de la declaración: *“...El paciente, realmente llega con una indicación precisa de pasar una sonda vesical.”*

Lo que requería una atención de urgencias. Precisó que *los hombres a cierta edad empiezan a presentar hipertrofia prostática... al aumentar la glándula... no permite orinar... cuando eso sucede hay que evacuar porque el dolor, el malestar y el compromiso general es impresionante... El tema es muy complicado. Es una urgencia médica y la indicación precisa es pasar una sonda porque hay que evacuar esa vejiga y si no se puede pasar la sonda, hay que hacer una cistotomía... en este caso se pudo pasar y se evacuó, por lo que alcance a leer, **una orina hematórica**, el paciente ya tenía un antecedente... el cuerpo humano reacciona así... si hizo una obstrucción vesical es porque tenía algo que no lo dejaba orinar y había que hacer eso urgentemente... los pacientes en esas condiciones...los diagnóstico con “delirio” sobre todos los pacientes de edad... los agitamos mucho en la unidad de cuidados intensivos... uno pierde el sentido y empieza a ver cosas, es una ocurrencia cotidiana en la unidad de cuidados intensivos y las principales causas de delirio son: la infección urinaria y problemas de afectación que no se han defecado en varios días, se empieza a sentir malestar y dolor... entonces esa era una indicación precisa que había que pasar una sonda... el problema es que el empezó a tener los coágulos en la vejiga y eso ayuda a veces a consumir plaquetas...*

26

Precisó en su respuesta que el paciente llegó al SES con cuadro infeccioso y por eso se consignó la sepsis urinaria como diagnóstico de impresión a partir de lo que presentaba, dijo también que se le brindaron todas las atenciones que en su momento requirió al punto que fue trasladado a UCI para un servicio avanzado y que no ocurrió la infección intrahospitalaria, el parcial de orina no lo mostraba. Que los procedimientos como intubar o colocar una sonda genera un trauma y eso es inherente al procedimiento, que la colocación de la sonda *“pudo haber generado una translocación bacteriana al final pero es una condición de urgencias... algunos procedimientos generan inconvenientes pero en este caso... el cultivo y hemocultivos que se tomaron en urgencia luego del paso de la sonda fueron negativos, que si bien el paciente fue elevando leucocitos ello no solamente ocurre por infección, esto no es sinónimo de infección sino de respuesta inflamatoria que se presenta en todos los procedimientos médicos que*

se realizan en el cuerpo humano y así se lo ratificó en varias oportunidades al apoderado de la parte demandante frente a sus insistentes preguntas sobre el tema. De igual forma enfatizó que al paciente se le trató con antibiótico ya que éste se suministra antes, durante y después de un procedimiento.

Dijo también que no hubo falta de secuencia en las atenciones y anotaciones del paciente, explicando que, primero se recibe, se le interroga, se valora lo cual no dura menos de una hora en UCI y posteriormente se realizan las anotaciones porque lo primordial es la valoración y vida del paciente, por esto algunas veces transcurre algún tiempo entre la atención y la anotación, mientras se levanta el procedimiento, se factura y se cambia de unidad. Que no es cierto que el 21 de mayo hubieran pasado más de 10 horas sin valorar al paciente como se dijo en la demanda, mencionando incluso que este paciente era complicado por la respiración mecánica, la revisión de sus gases, discutir exámenes con Terapia Respiratoria, entre otros. No estuvo abandonado, sino que todo implica una ronda, un trámite. También precisó que, para esa fecha se recibieron 18 pacientes en UCI y había dos especialistas para cada ala.

Frente a la pregunta sobre el inadecuado manejo por parte del personal médico en el suministro de líquidos endovenosos y a la sobrecarga de líquidos evidenciado, según los demandantes con los paraclínicos por elevación de potasio e hiponatremia severa precisó que *los elementos sanguíneos son de muy difícil consecución y de mucho cuidado porque es un implante de tejido que como tal, tiene muchos problemas de la sangre y requiere control para evitar un sida, una hepatitis B, una sífilis*. Que solo se usa en condiciones muy críticas y es similar al plasma, aunque existen varios tipos diferentes de sustancias, todos tienen inconveniente. Pero en este caso concreto, el paciente tenía dos problemas: Uno, que requería volumen para que el corazón trabajara, por eso requería como principal elemento el líquido -sangre o plasma- para obtener masa y poder sobre-contrarse. Dicho volumen se verifica de acuerdo a las condiciones que presenta el paciente, por eso la unidad se llama Terapia Intensiva, porque intensivamente se mira lo que va pasando con el paciente, le colocan, le quitan, le sustituyen, etc. El potasio en este caso corresponde a que tiene sodio bajito, en 127 y ello es por la solución salina que se le puso reemplazando la solución salina hipertónica. Preciso que tuvo más sodio en la solución salina normal o sea no es solamente la sal del sodio que le estaba pasando la solución normal, sino que le pasó mucho más porque se le está pasando agua por la sonda vesical. Que adicional, se trataba de un paciente muy frágil de 80 y 83 años, que exigía tener cuidado

De manera concreta concluyó que, *para hablar de una infección intrahospitalaria tienen que pasar al menos 72 horas después de haberse intervenido. Para hablar de neumonía intrahospitalaria o infección urinaria intrahospitalaria no es posible hacerlo con un solo día que estuvo en cuidados intensivos.*

27

A la apoderada de la Nueva EPS, el testigo precisó que hablar de una infección intrahospitalaria en este caso y con los elementos que se cuentan, es tendencioso ya que se encuentra documentado en la historia clínica y que, el examen de orina solo, sin urocultivo que permita establecer si hay bacterias o degradación de nitrito a nitrato es un examen precoz. Precisó que no se pueden realizar tales afirmaciones y que se realizan cuidadosamente las actuaciones y procedimientos porque para eso está el Colegio Médico. Indicó que al poner un catéter se asumen unos riesgos, se han puesto millones de ellos, existen unos rangos, pero todos los cuerpos no son iguales y de acuerdo a las patologías de cada paciente pueden tener una condición especial que facilita o no, la infección intrahospitalaria, las cuales no generan miedos al personal médico porque son una realidad cotidiana, es una condición humana. Recalcó que un paciente como el señor MARIO, diabético, con compromiso del estado general, facilita que cualquier procedimiento brindado le dé una infección intra-hospitalaria pero según los cultivos negativos que le fueron practicados no es posible hablar de ello y por esto, se realizan de manera permanente los urocultivos y que estas infecciones se presentan principalmente en largas estancias de pacientes en UCI.

También dijo que del parcial de orina y el urocultivo realizado al paciente a su ingreso no permiten afirmar con certeza que *tenía una infección urinaria, aunque si tenía todas las condiciones para eso, lo que No quiere decir que no se sospechara. Para poner un ejemplo afirmó: El tema es muy complejo porque yo encuentro paciente en shock y tengo que pensar en muchas cosas: en shock hipovolémico, Shock séptico, en shock distributivo Pudiese estar cursando una afección de tipo cardiopulmonar diferente o que se precipitó por su agudización urinaria, en una persona de edad se tiene una cosa que se llama complejas... es la capacidad de hacer una cosa elástica... estamos aquí tranquilos, tiembla y salimos ...corriendo; para hacer eso necesitamos que nuestro corazón y pulmón sean suficientemente buenos para correr de aquí a la calle... la cantidad de gasto cardíaco que tenemos aquí en este momento no es muy alto pero para correr sí, entonces el corazón tiene que adaptarse, el pulmón tiene que adaptarse y que es lo que uno pierde con la edad: esa capacidad de adaptación. O sea, probablemente cuando él hizo ese episodio agudo su capacidad pulmonar que es de todos los viejos- porque nosotros lo que gastamos es esa capacidad de ...tener respuesta a las agresiones, por eso es que se mueren más las personas viejas, porque tenemos un corazón gastado, vive con lo cotidiano pero para los momentos críticos ya no tiene eso, entonces nosotros sospechamos eso: que no tenga un pulmón adecuado; un corazón adecuado; que no tenga un riñón adecuado y si viene con morbilidad peor! Recuerden que la diabetes mata, es un enemigo silencioso, mata las células y va afectando la arquitectura celular, compromete el corazón, el riñón, el pulmón; el cerebro; las piernas entonces obviamente uno ve todo eso en ese hombre, es probable que aquí haya una patología sobre delegada, que es lo que se intenta sospechar cuando llega un paciente clínico agudizado.*

28

Al apoderado de la parte demandante le respondió *que las condiciones en las que entró el paciente no eran normales. Pues cuando un paciente consulta es porque tiene algún problema... no se puede sacar un pedazo de la historia*

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

clínica y tomar juicios de valor ...es un paciente que tiene disminución del calibre del chorro, con extracción de la próstata o sea que ese gran adenoma prostático que le impedía la orina debió de haber desaparecido con la cirugía, pero tenía problema en el chorro que le causaba dolor y el dolor puede influir en la frecuencia cardíaca. Tenía una patología que le estaba alterando su condición física.

Respecto a los signos vitales con los que ingresó el señor MARIO al SES, el Intensivista respondió que: *tenía una frecuencia cardíaca elevada... y se tiene que tener en cuenta todo, porque ...hay cosas muy sutiles, sobre todo, en pacientes viejos que realmente son difíciles de hacer una aproximación a un diagnóstico; hay que mirar ¡todo! Inclusive uno encuentra pacientes viejos muy enfermos que no tienen respuesta inflamatoria... Este paciente... tiene un abdomen agudo y los leucocitos no le han subido, pero está el abdomen agudo. Empieza una discusión crítica de cosas que aparentemente están normales, pero hay otras cosas que el paciente aporta al examen físico que no cuadran... Entonces, la aproximación diagnóstica se hace con todos los elementos. En este caso podríamos decir que es un señor de edad avanzada con una comorbilidad importante, con una retención urinaria y una frecuencia cardíaca elevada... Entonces no era un paciente normal... Sus signos no son normales, son 10 puntos, son 10 latidos mayores a los que realmente tiene...*

También precisó al apoderado demandante sobre las predisposiciones que tienen las personas para adquirir una infección nosocomial, resaltando que los sitios más favorecen son las Unidades de Cuidados Intensivos y los sitios de pacientes con cáncer. No puede afirmar que el paciente la tuviera porque no existen elementos para ello, pero sí se sospechó infección en las vías urinarias y se puso antibiótico para evitar que sucediera y que igualmente ésta puede ser generada por un procedimiento médico, independientemente de que esté bien o mal realizado. Sobre las complicaciones más frecuentes refirió que son: infección urinaria; sangrado; extracción abrupta de los pacientes mayores cuando se agitan y se retiran la sonda.

Que, cuando la infección es secundaria al paso de la sonda se toma examen de orina y urocultivo inicial para tener un punto de referencia, si sale bien y ya en un segundo examen aparece la infección, obviamente se deduce que se adquirió en el hospital; se identifica y se trata. Cuando se sabe que existe o que se presenta, se trata en todo momento de controlar. La falla o infección septicémica que presente un paciente puede llevar a su muerte y siempre se considera para tratar de evitar complicaciones. No se espera a identificar si se tiene o no bacteria, se trata de manera previa.

Resaltó que a folio 123 del proceso, se evidencia el uso del formato de antibiótico puesto al medicamento, es un criterio institucional, que muestra que el 20 de mayo se le suministró antibiótico, el cual fue continuado en UCI en aumento al verlo en estado de shock. No necesariamente al pasar la sonda se pone antibióticos, aquí se colocaron cuando aumentaron los leucocitos. La hematuria

no significa infección sino sangre en la orina. La mucosa se inflama mucho pero no se infecta, el antecedente en este paciente era la cirugía de próstata.

Que para el 19 de mayo a las 11:52 am, el paciente presentaba signos vitales normales, se realizó una ultrasonografía que es un examen que permite ver con sombras; el paciente venía con un edema (testículos hinchados), el escroto que muestra que en las paredes de la vejiga estaba pasando algo. En el transcurso del día los leucocitos fueron aumentando. Probablemente tenía cálculos lo que podía dar lugar a infección urinaria, cuyo cuadro no hubiera dado para colocar antibióticos.

Explicó que el sangrado y la hemoglobina del paciente al momento del ingreso y para el 19 de mayo a las 6:05 p.m (fl. 122), signos vitales eran normales. Durante este día no estaba comprometido, apareció la leucocitosis en ese momento y requería observación, no era para dar de alta. Que los procedimientos que se le realizaron eran los que tenían que brindársele. Se le pidió valoración por urología y se dio horas después. Se hizo lo que debía hacerse y no había elementos para afirmar que había infección urinaria demostrada porque no había alteración de signos vitales, tenía una hematuria que estaba siendo manejada, paciente delicado y de cuidado. Sobre el estado al momento de su ingreso, resaltó al apoderado demandante que el paciente tenía una afección generada por una hematuria, los pacientes hospitalizados no tienen una normalidad. Una persona infectada no presenta signos vitales normales. El parcial de orina y el urocultivo no mostraban infección y cuando ingresó a UCI se le repitieron para descartar porque si se sospechó.

30

Que, el 20 de mayo de 2014, al consignarse en la historia "*sepsis de origen urinario*" es un posible diagnóstico, pero ya había transcurrido un término al inicio del antibiótico, ya se habló de un paciente en regulares condiciones, con orina fétida. Ya había un criterio objetivo de que podía estar presente la infección, se puso antibiótico porque ya era necesario reiterando que a su ingreso y para el 19 de mayo, no era pertinente poner antibióticos. Que la diferencia para ello la hizo la "orina fétida", esa es la manifestación de la presencia de bacteria, en ese momento: 20 de mayo a las 2 am, se inicia el manejo de antibiótico. El paciente no estaba severamente comprometido, sus signos vitales eran normales, pero se puso el antibiótico porque ya tenía elementos que hacían la diferencia. Resaltó que la valoración al paciente fue de tracto sucesivo,

En segundo lugar y como testigo de la parte demandante, escuchamos al señor **JOSÉ OBDULIO BETANCUR**, yerno de CARLOS ANDRÉS, hijo de don MARIO TORRES. Refirió haber trasladado en su vehículo al señor MARIO hasta el servicio de Urgencias del SES, el 18 de mayo de 2014 como a las 8 p.m. Indicó que él, estaba derramando sangre, tenía olor fétido, se "ensució" y la enfermera le pidió que lo bañara. Al día siguiente fue en la mañana y no lo tenían en pieza, sino en pasillo. Que allí, el señor MARIO perdió el apetito. Que estuvo acompañando a su yerno en el hospital el día del ingreso del señor MARIO y no

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

había urólogo, entonces lo pusieron a “buscar especialista en el Santa Sofía” y en varios hospitales de la ciudad. Que don Mario, duró lunes y martes sin atención médica y al amanecer del miércoles, lo pasaron a UCI y ese día murió. Dijo que nunca vio don Mario enfermo y fue eso lo que más impresionó a la gente, pues era muy alentado, robusto, con buen apetito.

Por petición del Despacho, aclaró que el señor MARIO tomaba medicamentos para la presión pero se mantenía muy bien. Lo llevó a urgencias porque vive en la misma cuadra y lo transportó en el carro mientras CARLOS ANDRÉS su yerno, e hijo de don Mario, venía de Pereira. Que don MARIO estuvo hospitalizado de la noche del domingo al miércoles siguiente en horas de la tarde que falleció. Lo estuvo acompañando hasta muy tarde del domingo, al día siguiente y al martes toda la mañana. En cuanto a la prestación del servicio durante el tiempo que acompañó al señor MARIO dijo que no vio acercarse a ningún médico o enfermera. Tampoco conoció que le hubieran dado algún diagnóstico pero que quien estuvo presente en todo el proceso fue CARLOS ANDRÉS, el hijo. Que don Mario tenía una miscelánea en la casa, tenía una vida muy sana. Que a Carlos Andrés le manifestaron por una ventanilla que no había Urólogo porque al parecer estaban en un congreso, que fuera a buscar uno. Hizo referencia a la afectación sufrida por la señora MARIA PASTORA y su yerno CARLOS ANDRÉS.

Al apoderado del SES le respondió que no conocía que el señor MARIO sufría de la próstata ni de diabetes, no recuerda la edad que tenía don Mario cuando ingresó por urgencias al SES. No supo precisar el tiempo que permaneció en espera de la colocación de la sonda, pero estuvo esperando pendiente por si le daban de alta esa misma noche. Frente al fallecimiento del señor MARIO afirmó que *“le contaron que fue negligencia en la atención porque no lo valoró el urólogo a tiempo y sin la medicación debida”*.

A la apoderada de la NUEVA EPS le refirió que las afirmaciones sobre negligencia médica o demora, las escuchó de los hijos y de la misma señora Maria Pastora y que él mismo lo presencié, aunque aclaró que ninguno tiene conocimiento en medicina. Que don Mario tiene 3 hijos, Carlos Andrés que vive en Dos Quebradas, Mario vive en Bogotá hace más de 30 años y Albeiro en España, quien ha vivido en varias épocas allí. Cuando sucedió la muerte del papá estaba viviendo en Pereira pero se regresó a España. En el año 2014 el señor MARIO VERGARA vivía con la esposa. Los hijos les colaboraban a los papás. Los hijos venían en fechas especiales porque están en ciudades distintas. Pese a que afirmó al Despacho no conocer afecciones de salud del señor Mario, afirmó que *el problema de la próstata que atacó esa noche a don Mario era de hace tiempos*. Que éste, no visitaba con frecuencia el servicio de urgencias por esta razón, pero sí consultaba, pero que *“no era que se mantuviera grave a toda hora, porque no se mantenía yendo donde el médico ni quejándose del dolor*.

Finalmente, se practicó el testimonio del Médico Urólogo, CÉSAR BERROCAL, labora actualmente con la Clínica Versailles, Centro de Diagnóstico Urológico,

Profamilia y el SES-Hospital de Caldas desde el 2014 donde realiza cirugías mayores desde hace.

Frente a los hechos de la demanda se le puso de presente la historia clínica obrante de folios 114 a 159 de la actuación, quien luego de su revisión, precisó a la audiencia que atendió al señor MARIO TORRES a quien se le había colocado una sonda vesical. Acudió al día siguiente a realizar un lavado vesical en urgencias porque la misma no estaba funcionando, se realizó extracción de coágulos tal y como obra en la historia y sólo realizó esa atención (la cual leyó). Explicó que presentaba hematuria, lo que corresponde a sangre en la orina y delirio, que es desorientación y que está relacionado con el diagnóstico asociado que se tiene que es la *urosepsis*. Cuando se forman coágulos, la orina se torna oscura y eso fue lo que encontró: orina teñida por coágulos, realizó drenaje de coágulos, lavado a través del uso de presión salina con jeringas, es un procedimiento tedioso, tenía abundantes coágulos lo que le permite presumir que fue un procedimiento largo. Se dejó sonda abierta a cistoflo para que no se volviera a obstruir la sonda.

La “urosepsis” es una impresión diagnóstica o diagnóstico de trabajo, es un estado evolutivo de una infección urinaria complicada en un hombre. El 40% de las mujeres pueden tener al menos una pequeña infección urinaria en su vida y les permite una vida normal; mientras que en los hombres siempre es considerada complicada porque tienden a desarrollar **sepsis con compromiso sistémico**, *es decir, de todo el organismo que puede desencadenar en la muerte.*

32

En este caso era hombre mayor, con sangrado en la orina. El llamado no era por la urosepsis cuyo manejo es médico, sino porque la sonda no estaba funcionando por la presencia de los coágulos y porque estaba acompañado de hematuria. En ningún momento se demostró infección urinaria ni en los exámenes de ingreso ni en el cultivo o urocultivo, en las urosepsis las bacterias pueden pasar al torrente sanguíneo, pero en este caso no se demostró, sin embargo, por el curso del cuadro clínico el diagnóstico de trabajo siguió hasta el final. Ningún método de diagnóstico es 100% seguro, sin los métodos científicos no se puede asegurar. Una urosepsia puede desarrollarse en diferentes, tiempos por varias razones, el sujeto en quién se da el proceso, en un hombre joven probablemente no se hubiera desarrollado tan rápido –es menos probable- en este caso, el paciente tenía 83 años, su sistema inmunológico es frágil, las reservas funcionales de su organismo son más frágiles, es mucho más lábil y una infección lo agrede mucho más fácil y puede desencadenar la muerte. Otro factor son las bacterias, ya que hay unas más resistentes que otras. También el uso de antibióticos porque su uso indiscriminado genera resistencias.

Considera -según observa del análisis del caso-, que el paciente llegó a urgencias con una infección urinaria, pero hay que ver bacteriuria si el epitelio está indemne (capa más superficial que está en contacto con orina), si la bacteria no penetra no hay infección. Hay infección cuando la bacteria lesiona el epitelio y agrede al

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

organismo y esa infección se manifiesta con síntomas urinarios o también con sangrado, que es lo que cree sucedió en este caso, lo cual pudo haber facilitado la retención urinaria que es lo que finalmente ocasiona un dolor que no da espera.

De entrada, se encuentra al paciente con globo vesical (vejiga repleta de orina). El **paso de la sonda NO fue traumático. Cuando hay trauma, las bacterias que pasan pueden hacer una infección sistémica pero no se consigna así en la historia clínica y no hay nada que permita pensar que el paso de sonda fue traumático.** El principal signo de que fue traumático es la “uretrorragia”, es decir, sangrado por la uretra a través del meato uretral -que es diferente a la hematuria- y en esos casos las bacterias que están en el ambiente aprovechan ese “roto” que se produce en la uretra por el paso de la sonda, pueden hacer sepsis por cuenta del paso de sonda, pero no en este caso. La infección puede llevar a hematuria que fue lo que sucedió acá, la hematuria llevó a retención urinaria, a la producción de coágulos en la vejiga, la obstruyó y se le pasó a la sonda.

Es claro en afirmar que no encuentra ninguna cosa que no se debió haber hecho. Que hay dos formas de sacar la orina en un paciente con retención urinaria: o se saca por la uretra o se hace cistostomía (1 talla vesical, con un arpón y una sonda vesical y a través de la pared parte baja abdomen, punzan con anestesia local y llegan a la vejiga corriendo el riesgo que haya masa intestinal y se perfora tratando de llegar a la vejiga o con cirugía abierta, se hace incisión se va disecando por planos hasta llegar a la vejiga y se evacúa la orina), lo mejor utilizar el orificio natural, pasar la sonda hasta la vejiga y extraer la orina, que fue lo que se le hizo al señor MARIO. Es el método menos invasivo antes que la talla vesical. En su ejercicio profesional las ha realizado todas, por diferentes razones, pero el objetivo primario de la atención de este paciente, era resolver lo que le estaba ocasionando dolor: era sacar la orina de la forma más sencilla, reiterando que fue un paso de sonda ATRAUMÁTICO, lo que permite deducir que no tuvo inferencia en el desencadenante final del paciente.

33

Ante las preguntas formuladas por la apoderada de la NUEVA EPS aclaró lo siguiente: en un paso de sonda normalmente, está la vejiga como órgano encargado de almacenar la orina y a la vez de la micción (proceso de evacuarla en la forma adecuada). En este caso, había imposibilidad de lograr la segunda función de la vejiga, el señor no podía orinar, llegó con la vejiga repleta de orina y coágulos, había que sacar esa orina a través de cualquiera de las tres formas enunciadas. En este caso, se hizo por el paso de la sonda vesical.

Sobre la técnica utilizada dijo: para este proceso se hace asepsia del área genital, hay soluciones que permiten limpiar, no es quitar todas las bacterias que hay, sino disminuirlas de manera no riesgosa para el paciente. Ningún procedimiento de asepsia quita el 100% de las bacterias, eso es pretensioso. Pero si se disminuye el número para que la persona corra el mínimo riesgo, es algo que se hace de rutina en todos los casos. Se utilizan elementos de barrera como tapabocas, guantes y bata estéril. De tal manera que, las bacterias que tenemos de forma

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

normal y natural en nuestro cuerpo, en armonía cuando el sistema inmune las tiene controladas, para que no agredan al paciente se usan esos mecanismos de barrera. Aseguradas estas condiciones, se lubrica la uretra, normalmente con lidocaína en jalea que además de ser anestésico tópico para que el proceso no sea tan doloroso, sirva a la vez de lubricante y no ocasione trauma a su paso por la uretra. Hay tres formas para verificar que la sonda está en vejiga, 1) que salga orina; 2) Que al soltar la sonda no se devuelva, 3. Cuando está inflando el balón porque hace resistencia. Con cualquiera de los tres, hay certeza que está en vejiga, puede pasar que no esté en vejiga, se infla el balón y allí si es un paso traumático porque las bacterias pasan al torrente sanguíneo, en este caso por lo que está escrito en la historia hubo drenaje de orina, o sea que quedó en vejiga como debió ser.

El testigo reiteró en muchas oportunidades que el paso de la sonda no fue traumático y que la afirmación del trauma y que el sangrado se debió a ello, no es cierto. La urosepsis dx de trabajo podía ser manejado por médico general, internista, intensivista, cualquiera de ellos. El estudio de la hematuria que corresponde al urólogo, se podía hacer en un segundo tiempo, lo urgente era atender su dolor, su vía urinaria estaba permeable, se había sondeado, tenía la irrigación que se usa para realizar un lavado permanente y evitar que se sigan formando coágulos. Que los coágulos que taparon la sonda fueron los que tenía el paciente desde su llegada a urgencias, por lo que se requirió al urólogo. El urólogo no tenía que estar allí inmediatamente llegó el señor pues los especialistas están en urgencias o en disponibilidad para atender precisamente procesos o necesidades urgentes y en el caso del señor MARIO, fue cubierta la urgencia. Los procedimientos de drenaje y permeabilización se hicieron oportunamente y cómo se deben hacer en todos los pacientes que llegan en esta misma condición.

Al apoderado de la Aseguradora Allianz le precisó que el procedimiento de lavado lo realizó el martes 20 de mayo de 2014, 11:47 p.m.

A las preguntas realizadas por el apoderado demandante, respondió que el principal síntoma que puede presentar un paciente con obstrucción en las vías urinarias es el dolor e imposibilidad de lograr micción espontánea (hablando de obstrucción urinaria baja como en este caso). Cuando un paciente presenta esta sintomatología se realiza la derivación urinaria, como lo explicó en precedencia, la que más se utiliza de rutina en todos los servicios de urgencias dado que se utiliza un orificio natural es, el paso de sonda vesical.

Indicó también que el paciente ingresó a servicio de urgencias el 18 de mayo de 2014, es evidente que hay una anormalidad pues hay un globo vesical doloroso a la palpación que evidencia signos vitales (dio lectura) están: la Tensión Arterial dentro de cifras normales, el paciente está con taquicardia que puede ser perfectamente explicada por el dolor y también por la infección, reiterando que en su opinión llegó con infección de acuerdo al análisis que realizó del caso. La

frecuencia cardíaca está un poco elevada y también puede estar asociada al dolor, temperatura normal.

Al colocar en la historia “*genitales normales no relata*” se hace mención a que los genitales están bien o a que no había nada relevante con respecto al cuadro clínico por el que ingresó. Precisó que este concepto no es relevante en este paciente al momento de ingresar por urgencias.

Cuando después del paso de la sonda vesical aparece “orina totalmente hematúrica” es porque no sale parcializada (no sale una parte sin hematuria y otra con, sino toda hematúrica), si dice retorno de orina hematúrica es porque lo está viendo, si hay un reporte microscópico no tiene validez clínica, porque pudo haber micro trauma, no tiene valor o significancia clínica. Si hay orina con sangre revuelta es porque salió por la sonda, que fue lo que sucedió aquí. Es esta la mejor recomendación que incluso elegiría para sí, ratificando que se hizo lo que se tenía que hacer para aliviar el dolor del paciente. Precisó que todo el tiempo se corren riesgos, por el solo hecho de estar vivos se corren riesgos de diferentes tipos, el paso de la sonda tiene riesgos; por fortuna en este caso los riesgos no se hicieron realidad, el paso de la sonda practicado no fue la causa del desenlace. Era paciente de 83 años, frágil. Si era funcional, es válido y que bien que la familia lo hubiera disfrutado tanto tiempo siendo funcional pero no se puede afirmar que hubiera sido el paso de la sonda la causante de su muerte.

No hay demostración paraclínica de infección, en su opinión fue urosepsis, pero en ningún paraclínico está demostrado y cuando se empiezan a mostrar los cambios, en el momento en que se considera determinada situación se obra en esa forma, precisó que tomar decisiones en el ámbito clínico no es fácil, pero en el momento en que se evidenciaron las situaciones se tomaron los correctivos y se pusieron los antibióticos. **El solo hecho de presentar hematuria no da lugar a colocar antibiótico, éste se pone ante la infección.** Ese es su análisis del caso. El médico en urgencias se basó en los exámenes de ingreso, fue consecuente con los resultados de exámenes obtenidos. Actuó cómo tenía que ser. Cuando lo atendió lo hizo porque ya la sonda no era permeable. No es indispensable que el urólogo vea al paciente en urgencias, es lo preferible pero no imperioso en este caso. Es decir, los urólogos están en el servicio de urgencias, para atender “urgencias” pero el señor en ese momento de ingreso tenía todas las necesidades cubiertas.

35

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS:

Afirmó que en el Hospital de Caldas se cumplen los protocolos de forma rigurosa no solo para colocación de sondas sino para todos los procedimientos y pese a que no estuvo presente en la colocación de la sonda del señor MARIO TORRES está seguro que se cumplieron los protocolos. Los leucocitos son presencias reaccionarias en la sangre. El mejor examen para el diagnóstico de la infección es el urocultivo. La colocación de una sonda puede generar una infección urinaria en

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

un paciente, si no se toman las medidas de barrera necesarias, pero ni antes ni después se demostró en el proceso que se tratara de una infección urinaria. Insistiendo que el desencadenante en la muerte del señor MARIO hubiera sido el paso de la sonda. Respondió también que la hematuria después del paso de la sonda puede aparecer porque había orina con sangre en la vejiga, al pasarle la sonda se obtuvo fue un retorno de orina hematúrica, eso quiere decir que, había sangre en la orina del paciente en el momento del paso de la sonda. Cuando se dice se obtiene orina clara y al otro día se dice en la evolución “hay orina hematúrica”, el sangrado apareció después. Pero NO siempre que haya orina con sangre después del paso de una sonda, es decir, que cuando se obtiene orina clara y después hay sangre en la orina, no es que la sonda haya sido traumática, pasa con bastante frecuencia y especialmente, cuando hay globos vesicales muy grandes, cuando las vejigas están repletas, hay una cosa que se llama “*hematuria post vacuem o post vaciado*”, es que cuando los vasos de la vejiga están tan comprimidos por el llenado de la vejiga, al momento de vaciarlos, los vasitos se rompen y producen sangrado aunque el paso de la sonda haya sido atraumático.

Ante la pregunta de la elevación de los leucocitos, reiteró que no sorprende el aumento ya que siempre se consideró la urosepsis y es normal que pase de 6.000 a 18.000 como parte de la evolución natural de la infección que considera era el dx base, a pesar de que nunca se pudo demostrar y por eso no se le dio de alta después de la colocación de la sonda y siguió internado, con los médicos y enfermeros a su disposición, con irrigación vesical y supervisión, por eso se le realizaron todas las atenciones que requirió en su momento. Reiteró la fragilidad por el paso de la edad y la forma como a más edad, se es más vulnerable, las funciones de los órganos están disminuidas en una persona de 83 años, además de lo que se conoce como “factores del huésped”. Y al señor se le realizaron hemogramas y urocultivos que permitían el uso acertado de los antibioticoterapias más adecuadas, a qué antibiótico es más sensible y elegir el ideal para cada paciente, por desgracia con este señor no se conoció bacteria alguna y el cuadro evolucionó en forma rápida y no permitió hacer muchas cosas por su progresión.

36

Hay pacientes con un cálculo urinario y con 17 mil leucocitos a los que no se les coloca antibiótico si no se tiene una infección demostrada y 18 mil leucocitos por se no dan lugar a colocación de antibióticos. El límite es de 10 mil leucocitos, a partir de allí hay alteración. Al análisis del caso, transcurridos 5 años después, con cabeza fría y revisando la historia clínica completa la conclusión a la que llega es que el señor llegó con la infección. Sería errado estar suministrando antibióticos porque con ello se crea perfiles de resistencia en las bacterias. Por eso se encuentran cada vez con mayor frecuencia bacterias que resisten a todo.

Hay pacientes con infección urinaria que no se les inicia antibiótico y se mueren y también el caso contrario, este caso evolucionó muy rápido. Pero los espectros de las enfermedades varían mucho no hay un solo factor que lleve a una enfermedad, factores de huésped, de las bacterias y muchas cosas que la misma

infección o bacteria puede atacar a las personas de forma diferente por las mismas defensas, hay auto-limitadas, que desencadenan la muerte.

Precisó que son iguales los conceptos de Hematuria franca y orina totalmente hematúrica. Las sondas vesicales se deben colocar por personal de enfermería independiente de la edad del paciente.

Sobre aspectos aclaratorios, el testigo, respondió a la apoderada de la NUEVA EPS en primer lugar, que los leucocitos no hacen parte de los signos vitales, y sobre los tipos de bacterias y los espacios en los que pueden estar, dijo que bacterias tenemos en muchas partes del cuerpo, hay dos condiciones por ejemplo en la orina: 1) bacteruria asintomática que solo tiene indicación de tratamiento en mujeres embarazadas, pacientes con HIV y pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía urológica en la que se presume que va a haber obstrucción del epitelio. Es decir, las bacterias conviven con nosotros dentro de la orina. 2) Infección urinaria es, que las bacterias invaden el tracto urinario y amenazan al individuo, éste entra a defenderse y si no es capaz solo, entran los médicos a ayudar. Pero bacterias hay en muchas partes, en la piel. Con el solo hecho de tocar espacios o superficies, ya hay exposición del a piel a bacterias. La cavidad bucal, el tracto digestivo, la vagina en las mujeres, estamos en convivencia permanente con las bacterias.

Hay bacterias que infectan (causan enfermedad) con mayor frecuencia que otras, el tracto respiratorio es habitualmente infectado por neumococo, etc, el tracto urinario en más del 90% de los casos son entero-patógenos, bacterias que normalmente viven en el colón, y se han especializado para invadir la vía urinaria, han desarrollado mecanismos que le facilitan entrar y hacer daño en la vía urinaria entre ellos unas proteínas que se adhieren al epitelio del árbol urinario, es especializado para cada uno de los órganos, en especial la ECOLI ha desarrollado muchos sistemas para ir a aprovechar la vía urinaria e invadirla, no sólo son factores tan sencillos como pretender que porque el desencadenante del señor no fue favorable, hay factores detrás como el factor inmune, la biología y cosas mucho más complejas que creer que porque se le pasó la sonda el señor se murió. Los enteropatógenos son los que habitualmente comprometen el árbol urinario, tienen susceptibilidad a varios antibióticos pero cada bacteria tiene su perfil de resistencia y de sensibilidad, casi que una sola bacteria coloniza tiene capacidad de infectar, desarrolla réplicas de ella misma, eso es lo que se logra producir en los cultivos. Se dividen en muchas partes, se identifican y a esas "hijitas" se tratan con qué antibióticos y en qué concentración según el nivel de crecimiento. Cada bacteria tiene su perfil de resistencia y de susceptibilidad. Cuando se usa un antibiótico sin tener resultado de laboratorio se hace porque existe una alta probabilidad de cubrir a ese paciente contra esa bacteria, en el mundo entero se utiliza la sefazolina como tratamiento empírico para el manejo de las infecciones por entero-patógenos, por eso se escogió en este caso, además se presume que las bacterias que se adquieren en comunidad tienen mayor susceptibilidad que las que se adquieren en ámbitos hospitalarios.

37

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

Cuando llega paciente con sospecha de sepsis tienen que tener indicio claro de infección, como lo puede deducir en este caso, pudo haber hecho tromboembolismo pulmonar pero la evolución del paciente fue tan rápida que no dio tiempo a buscarle más cosas y se quedaron con un solo diagnóstico de trabajo.

Concluyó que el paciente fue tratado conforme a la lex-artis y los postulados con los que cualquier médico actuaría.

Como se precisó previo a la citación de los testimonios, el despacho se apoyará en literatura médica, frente a esta posibilidad como herramienta jurídica o apoyo del funcionario judicial, el Consejo de Estado ha expresado²²:

“Ahora bien, la posibilidad de recurrir a la literatura médica por parte del funcionario judicial, ha sido avalada por el reconocido profesor y tratadista, Jairo Parra Quijano, quien con autoridad en la materia, 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 permitirán entenderlo, explicarlo en términos comunes (en lo que sea necesario)”²³ (Se destaca).

Como se aprecia, el derecho procesal y probatorio moderno ha dejado de lado el legalismo de antaño que limitaba de manera injustificada al operador judicial, para que, en los términos que en su momento formulara Montesquieu, aquél sólo fuera la boca de la ley. Avalar una posición contraria, conllevaría adoptar una visión reduccionista y limitada de la labor de administrar justicia, la cual ha sido superada por una más garantista que permite al juez recurrir a todos los elementos técnicos y científicos que tiene a su alcance, en aras de comprender y valorar con mayor precisión los instrumentos probatorios que integran el proceso.

Por lo tanto, el juez puede valerse de literatura - impresa o la que reposa en páginas web, nacionales o internacionales, ampliamente reconocidas por su contenido científico - no como un medio probatorio independiente, sino como una guía que permite ilustrarlo sobre los temas que integran el proceso y, por consiguiente, brindarle un mejor conocimiento acerca del objeto de la prueba y del respectivo acervo

²² CONSEJO DE ESTADO - SECCION TERCERA, SUBSECCION C, Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO, sentencia del 28 de marzo de 2012, Radicación número: 05001-23-25-000-1993-01854-01(22163)

²³ PARRA Quijano, Jairo “Aporte de la jurisprudencia del Consejo de Estado al tema de la prueba pericial”, Ed. Universidad Externado de Colombia, Jornadas de Derecho Administrativo, Pág. 641.

probatorio, lo que, en términos de la sana crítica y las reglas de la experiencia, redundará en una decisión más justa²⁴.”

De conformidad con lo expuesto, revisamos entonces la descripción de lo que significa la infección del tracto urinario de origen nosocomial (HOY iaas) y otras definiciones, de acuerdo al Protocolo de sondaje vesical. Uso, inserción, mantenimiento y retirada de la literatura médica española²⁵:

“La infección del tracto urinario de origen nosocomial es la complicación más frecuente asociada al sondaje vesical. Un 80% de las infecciones del tracto urinario se asocia a la presencia de un catéter urinario. La infección se introduce generalmente por dos vías, la vía intraluminal, por migración retrógrada del sistema de drenaje, y por vía extraluminal, a través del espacio existente entre la sonda y la uretra. Factores intrínsecos como la edad avanzada, el sexo femenino, la insuficiencia renal, la diabetes mellitus, la inmunodepresión o las malformaciones pueden también facilitar la aparición de la infección urinaria. El estudio EPINE 2011 mostró que las infecciones urinarias relacionadas con catéter fueron un 20.6% de todas las infecciones nosocomiales. Por su frecuencia y morbilidad, las infecciones urinarias en pacientes portadores de sondaje urinario constituyen un grave problema de salud pública que causa pruebas diagnósticas y alargamiento de la estancia hospitalaria.

Además de la infección urinaria, el sondaje vesical también se ha asociado a otras complicaciones como la parafimosis, la incontinencia, la perforación uretral y la estenosis uretral, que pueden tener una gran repercusión en la calidad de vida del paciente...

39

Dentro de las indicaciones de dicho protocolo para reducir *la incidencia de complicaciones*, encontramos como estrategia más efectiva para reducir la infección urinaria asociada al sondaje, la de evitar los sondajes innecesarios y la pronta retirada del sondaje una vez pasada la indicación, además de estos, para la colocación adecuada del sondaje vesical, en los casos en los que es necesario, se realizan las siguientes recomendaciones:

- “- Evitarse el uso del sondaje vesical para el manejo de la incontinencia (CDC, categoría IB)...*
- Considerar alternativas al sondaje vesical permanente. En hombres, si no hay evidencia de retención urinaria u obstrucción vesical, se recomienda el uso de colectores externos (condones) (grado B)...*

4.1.2. Contraindicaciones al sondaje vesical.

*** Contraindicaciones absolutas:**

- Presencia de herida en uretra, asociada con traumatismo pélvico.*

²⁴ Consultar, entre otras, las sentencias del Consejo de Estado, Sección Tercera, del 1º de octubre de 2008, exp. 27268 y del 19 de agosto de 2009, exp. 18364, M.P. Enrique Gil Botero.

²⁵ <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-ProtocoloDeSondajeVesicalUsoInsercionMantenimiento-5606406.pdf>

- Sospecha de rotura uretral.
- Prostatitis aguda.
- La presencia de sangre en meato o hematuria franca asociada a trauma debe ser evaluada primero por urología.

*** Contraindicaciones relativas:**

- Estenosis uretral.
- Cirugía reciente del tracto urinario.

Y más concretamente, pero no distinto, en la literatura colombiana, encontramos por ejemplo, el Manual Latinoamericano de Guías Basadas en la Evidencia - Estrategias para la Prevención de la Infección Asociada a la Atención en Salud²⁶ – ESPIAAS- del Surgical Infection Society – Latin-America en el cual se resalta que:

“las IAAS son un evento adverso en la práctica médica, entendido el evento adverso como la lesión o daño no intencional, producto de la atención en salud y no de la enfermedad de base.

...

Los actos médicos realizados con las mejores intenciones pueden producir resultados indeseables. La medicina está diseñada para hacer el bien o al menos no hacer daño y así quedó expresa en el dictum hipocrático “primun non nocere”.

Son muchas las acciones que la medicina ha emprendido para prevenir las IAAS. Semmelweiss, por ejemplo, describió en 1847 la importancia del lavado de manos para disminuir la incidencia de sepsis puerperal. Hoy en día el lavado de manos es la técnica antiséptica disponible más simple para evitar la dispersión de las infecciones pero también la más fácilmente olvidada.

Lister, quien estuvo siempre al tanto de las ideas de Pasteur, publicó en 1867 On the Antiseptic Principle in the Practice of the Surgery, e inició así la era antiséptica como una enorme contribución a la prevención de la infección en cirugía. Mientras Lister demostró que si no había bacteria no habría infección, Sir Ashley Miles²⁷ comprobó que si el huésped no era susceptible a la invasión bacteriana, tampoco habría infección. Miles describió el “periodo decisivo”, en el cual los antibióticos aplicados profilácticamente tenían efecto en la prevención de la infección de la herida; una práctica usual hoy en día, bajo el concepto de profilaxis, en la cual los antibióticos deben colocarse antes de la aparición de la contaminación, es decir, durante la inducción anestésica o 30-60 minutos previos a la incisión.

La seguridad del paciente es un imperativo ético en salud y la prevención de las IAAS es el epicentro de su seguridad. Este punto es de extremo interés para el paciente, los prestadores, el pagador, el sistema de atención en salud en general y debe comprometer también a la academia en el sentido de preparar a las nuevas generaciones de la mejor forma para una aproximación responsable del problema.

Los retos para la prevención han pasado por la instauración de comités institucionales de vigilancia epidemiológica, pero aun así el problema persiste.

²⁶ https://www.shea-online.org/images/guidelines/Final_Spanish_Translation.pdf

²⁷ Burke JF, Ashley A. Miles and the Prevention of Infection Following Surgery: Presidential address. Arch Surg 1984;119(1):17-19.

*Se han diseñado y aplicado guías de atención para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO), la neumonía asociada al ventilador (NAV), la bacteremia asociada a catéter venoso central (BACVC) **y la infección urinaria asociada a sonda vesical (IUASV)** sin que las cifras mejoren. Cada vez afloran más cepas resistentes de bacterias y cada vez hay menos antimicrobianos útiles. A esto se añaden las infecciones adquiridas en la comunidad como las producidas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Ha habido una proliferación de guías para la prevención, cuyo problema no es su inexistencia sino su falta de adherencia e implementación...”*

En este mismo artículo, concretamente en el capítulo VII, encontramos lo relativo a las Estrategias para la prevención de la infección urinaria asociada a sonda vesical (IUASV), que las define como un “lastre” por ser la causa más común de infección adquirida en un hospital, de la cual, el 80% es causada por una sonda vesical.

El Despacho transcribirá los apartes pertinentes ya que además de ser un asunto técnico resulta ser específico al caso concreto, veamos:

“...1. El lastre de la IUASV:

a. La infección del tracto urinario (ITU) es la causa más común de infección adquirida en el hospital; 80% de las mismas son atribuibles al uso de sonda vesical.

b. 12-16% de los pacientes hospitalizados requieren de una sonda vesical en algún momento de su hospitalización.

c. El riesgo diario de adquirir una ITU varía entre 3-7% mientras haya una sonda vesical in situ.

2. Resultados asociados con IUASV:

a. El mayor episodio adverso relacionado con el uso de sondas vesicales es la infección urinaria. Puede ocurrir bacteremia y sepsis en una proporción pequeña de pacientes con IUASV.

*b. **La morbilidad atribuible con un solo episodio de cateterismo vesical es limitado**, pero la alta frecuencia de uso de sonda vesical en el paciente hospitalizado potencializa el riesgo acumulado.*

c. El uso de sonda vesical se asocia además con resultados indeseados diferentes a la IUASV, tales como inflamación ureteral no bacteriana, estrecheces ureterales y trauma mecánico.

3. Factores de riesgo:

a. La duración del cateterismo es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de una infección. El cateterismo limitado, poner solo una sonda cuando se requiere y la minimización de la duración de la misma en el tiempo son las estrategias primarias para la prevención de la IUASV.

b. Otros factores de riesgo adicionales son: pacientes de sexo femenino, mayores de edad y no mantener cerrado el sistema de drenaje.

4. Reservorios de transmisión:

41

a. La bolsa de drenaje del paciente bacteriúrico es un reservorio para los microorganismos que podrían contaminar el medioambiente y transmitirse a otros pacientes.

b. Se han informado brotes de infección con Gram-negativos resistentes, atribuibles a la bacteriuria de pacientes con sonda.

...”

Dentro del referido estudio se citan también, la Guía y recomendaciones necesarias para la prevención de las IUASV, protocolos que por demás, son universales, tal y como se puede observar en la publicación que en 1981 realizó Atlanta para el Control de Enfermedades (CDC)²⁸ -recientemente actualizada- en la que se proyectan recomendaciones para el uso de sondas, su inserción y el cuidado de las mismas, la ubicación de los pacientes cateterizados y el monitoreo microbiológico. Así mismo, se cuenta también con la guía para prevenir la infección asociada con la inserción y mantenimiento por corto tiempo de sondas vesicales en cuidado agudo; publicada por el Departamento de Salud del Reino Unido, en 2001, adaptada en 2006 y adoptada por Colombia a través de la GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD” del Ministerio de Salud y la seguridad social, de noviembre de 2014 (copiar enlace directo web). Continuando entonces con las recomendaciones y estrategias de prevención, encontramos las siguientes:

“ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN:

1. Guías y recomendaciones (tabla 1):

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones publicadas en guías para la prevención de la infección asociada con sondas vesicales de corto tiempo de duración

42

²⁸ Guía para la prevención de la IUASV, Atlanta, 1981.

Tabla 1. Resumen de las recomendaciones publicadas en guías para la prevención de la infección asociada con sondas vesicales de corto tiempo de duración

Recomendación	CDC (1981)	NHS Proyecto Epic 1 (2001)	NHS Proyecto Epic 2 (2007)
Aségurese de documentar la inserción de la sonda	No se discute	Si	Si
Aségurese de entrenar al personal para insertar sondas	Si	Si	Si
Entrene al paciente y su familia	No se discute	No se discute	Si
Practique higiene de manos	Si	Si	Si
Evalúe la necesidad de la sonda	Si	Si	Si
Evalúe métodos alternativos	Si	Si	Si
Revise la necesidad periódicamente	No se discute	Si	Si
Seleccione el material del catéter	No se discute	No está resuelto	No está resuelto
Use la sonda de calibre más pequeño	Si	Si	Si
Use técnica aséptica/equipo estéril	Si	Si	Si
Use barreras de precaución para la inserción	Si	No se discute	No se discute
Haga limpieza antiséptica del meato	Si	No	No
Use sistemas cerrados de drenaje	Si	Si	Si
Obtenga muestra de orina de forma aséptica	Si	Si	Si
Reemplace el sistema si se rompe o contamina	Si	No se discute	No se discute
No cambie rutinariamente la sonda	Si	Si	Si
Lleve a cabo higiene rutinaria del meato	Si	Si	Si
Evite hacer irrigaciones	Si	Si	Si
Cohorte pacientes	Si	No se discute	No se discute
Asegure adherencia con entrenamiento	No se discute	No se discute	No se discute
Asegure adherencia con control	No se discute	No se discute	No se discute
Asegure adherencia con la remoción de la sonda	No se discute	No se discute	No se discute
Monitoree las tasa de IUASV y bacteremia	No se discute	No se discute	No se discute

Tomado y traducido con permiso de Infection Control and Hospital Epidemiology. Octubre 2008. Vol. 29. Suppl 1

4. Análisis del caso concreto y conclusión:

Expuesto lo anterior, en el presente asunto y de acuerdo con el análisis del material probatorio se puede concluir lo siguiente:

- El señor MARIO TORRES VERGARA, era un adulto mayor de 83 años de edad para el momento de su ingreso al SES- Hospital de Caldas.
- Ingresó al servicio de urgencia de la E.S.E. SES Hospital de Caldas el 18 de mayo de 2014.
- Fue valorado a su ingreso a las 8:23 pm de la noche, es decir, de manera oportuna conforme a lo afirmado por el testigo de la parte demandante, señor José Obdulio Betancur, quien refiere haberlo trasladado a Urgencias.
- Desde su ingreso al servicio de urgencias del SES, presentaba hematuria.
- Ante el cuadro presentado, le fue colocado catéter o sonda vesical.
- Dicha hematuria fue la encargada de obstruir la sonda vesical por los coágulos generados. Durante la hospitalización, concretamente al segundo día, fue valorado por urología.
- Dicho especialista fue el encargado de realizar el lavado de la sonda y realizar el drenaje vesical, lavó la vejiga hasta dejar permeable la sonda con retorno y ligero tinte hematórico.

43

- Por las condiciones de salud, en el paso del paciente por UCI, estuvo poco colaborador e intentando quitarse los dispositivos de monitoreo.
- Desde su ingreso al SES, se consignó en la historia clínica “con sospecha de IVU”, que según la Enciclopedia Médica MedlinePlus.gov, significa una infección de las vías urinarias o infección del tracto urinario. La cual puede ocurrir en diferentes puntos en el tracto urinario, que incluyen: Vejiga, conocida también como cistitis o infección vesical.
- Al momento de su ingreso, se le inició medicación con cefazolina; se le solicitaron estudios de laboratorio, ecografía renal y de vías urinarias y valoración por urología.
- Dicha valoración no fue inmediata, pues según el especialista en Urología, las atenciones urgentes al paciente habían sido brindadas y cubiertas. Se atendió en el momento en el que la sonda vesical falló por taponamiento causado por los coágulos.
- Se acreditó igualmente que, las atenciones recibidas por el paciente en el Centro Hospitalario accionado, correspondían con el cuadro de diagnóstico con el cual ingresó y cada una de ellas fue oportuna de acuerdo a la necesidad y evolución.
- En la medida en que evolucionó la “sepsis urinaria”, se escalonó el manejo a antibiótico con ampicilina sulbactam. Y posteriormente, fue trasladado a UCI para monitoreo y manejo por alto riesgo de falla respiratoria, donde recibió un tratamiento especial y terapia respiratoria.
- La colocación de la sonda vesical es el método más usado rutinariamente en urgencias, por ser el que se vale del orificio natural y por ser el menos invasivo.
- De conformidad con el cuadro presentado por el señor TORRES VERGARA a su ingreso por urgencias, era necesaria la colocación de la sonda vesical ya que presentaba dolor, retención urinaria, globo vesical y malestar general.
- Durante su estadía en el SES, el paciente fue valorado por los médicos generales ANDREA MARISOL ORTEGA NARVÁEZ; CAROLINA GUAQUETA GIRALDO, JOSÉ ESTEBAN CONTRERAS RODRÍGUEZ, JULIANA MARTÍNEZ QUICENO; por el Intensivista ENRIQUE AUGUSTO RAMÍREZ LATORRE y por el Urólogo CÉSAR ALBERTO BERROCAL COGOLLO.
- Quedó establecido de acuerdo a las declaraciones médicas que, la colocación de la sonda vesical en el señor MARIO TORRES VERGARA fue atraumática y no traumática como se dijo en la demanda, pues cuando se

presenta trauma se presenta uretrorragia, lo cual no se evidenció en este caso y que corresponde a sangrado por la uretra a través del meato uretral, que como quedó visto, es diferente a la hematuria.

- La hematuria por sí sola no da lugar al suministro o manejo de antibióticos y los leucocitos altos no son evidencia de infección como tampoco lo es la hematuria, la prueba que permite establecer una infección es un urocultivo.
- Se estableció igualmente que era altamente probable que el paciente presentara cálculos según el examen arrojó “quistes”.
- Las infecciones urinarias masculinas siempre son consideradas como complicadas porque tienden a desarrollar “sepsis” con compromiso sistémico, es decir, con afectación en todo el organismo y pueden desencadenar la muerte, máxime si se tienen en cuenta –como en este caso- factores como la edad y la fragilidad del sistema inmunológico.
- El paciente ingresó con una posible infección urinaria – de acuerdo al estudio realizado por el Urólogo de toda su historia clínica y conforme al diagnóstico base considerado desde su llegada hasta su deceso.
- Además de su avanzada edad, el paciente presentaba como antecedentes, una HTA, diabetes mellitus, obesidad e hipertrofia prostática.
- La infección urinaria o complicaciones por hipertrofia prostática son comunes en los hombres, especialmente los de avanzada edad, generando dolor y compromiso general.
- Al momento de su complicación respiratoria en UCI, se le realizó reanimación RCCP sin respuesta y falleció.

45

Así las cosas, la prueba documental y testimonial de los especialistas que atendieron al paciente le permiten a este Despacho Judicial con apoyo en la pauta jurisprudencial aplicable al caso, afirmar que no se demostró la responsabilidad de las entidades demandadas y vinculadas por la atención médica suministrada al señor MARIO TORRES VERGARA entre el 18 y el 21 de mayo de 2014, ya que se logró establecer la diligencia y oportunidad en el diagnóstico, en el tratamiento farmacológico, médico y asistencial, al tiempo que como ya se aseveró, no se demostró que el paso de la sonda vesical colocada hubiera sido traumática y que, como consecuencia de ello, hubiere adquirido una infección asociada a la atención en salud y menos aún, que ésta haya causado el deceso del paciente, elementos todos fundamentales que debieron acreditarse por la parte actora, que por demás sea decir que para soportar su tesis estuvo huérfano de causal probatorio.

En este orden de ideas, ninguna relevancia tiene la resolución de la tacha del testigo, JOSÉ OBDULIO BETANCUR en tanto sus dichos no tuvieron soporte ni

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

coherencia alguna con las anotaciones registradas en la historia clínica del señor TORRES VERGARA.

Recordemos que el paciente desde la primera atención en el servicio de urgencias del SES, ya venía con un cuadro de evolución de 24 horas, es decir que su asistencia al médico no fue oportuna. Adicional a ello, el paciente presentaba un antecedente de hipertrofia prostática sumada a su avanzada edad y a otros antecedentes como diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial alta.

Para el Despacho no hay duda que, durante su estadía en el SES, el paciente fue tratado conforme a la *lex artis* y se le brindaron todas las atenciones que eran necesarias y oportunas, máxime que según los galenos -con lo cual encuentra coincidencia la literatura médica- aunque fuera el dx de trabajo no existió certeza que éste tuviera una infección urinaria, que diera lugar a ser tratado con antibiótico desde el primer momento.

En estas condiciones se impone negar las pretensiones de la demanda y de contera, no hay lugar a analizar la responsabilidad de las llamadas en garantía.

Corolario de lo anterior no pueden despacharse favorablemente las súplicas de los demandantes, pues no se acreditaron los elementos que configuran la responsabilidad Estatal.

3.6. Condena en costas:

46

El Despacho condenará en costas a la parte demandante, partiendo del criterio objetivo que ha venido sustentando el H. Consejo de Estado para la imposición de las mismas, al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe), sino aspectos objetivos respecto de su causación, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365. Al respecto²⁹ se indicó que:

“...El concepto de las costas del proceso está relacionado con todos los gastos necesarios o útiles dentro de una actuación de esa naturaleza y comprende los denominados gastos o expensas del proceso llamados en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo gastos ordinarios del proceso y otros como son los necesarios para traslado de testigos y para la práctica de la prueba pericial, los honorarios de auxiliares de la justicia como peritos y secuestres, transporte de expediente al superior en caso de apelación, pólizas, copias, etc.

Igualmente, el concepto de costas incluye las agencias del derecho que corresponden a los gastos por concepto de apoderamiento dentro del proceso, que el juez reconoce discrecionalmente a favor de la parte

²⁹Consejo de Estado, Sección Segunda – Subsección “A”, C.P. William Hernández Gómez, siete (7) de abril de dos mil dieciséis (201), Rad. 13001-23-33-000-2013-00022-01.

vencedora atendiendo a los criterios sentados en los numerales 3º y 4º del artículo 366 del C.G.P, y que no necesariamente deben corresponder al mismo monto de los honorarios pagados por dicha parte a su abogado los cuales deberán ser fijados contractualmente entre éstos conforme a los criterios previstos en el artículo 28 numeral 8º de la ley 1123 de 2007...”

Siendo ello así, y considerando que en el presente asunto las costas se han causado, por lo menos en lo que tiene que ver con las agencias en derecho, en tanto las entidades que integran la parte pasiva actuaron a través de sus respectivos abogados, habrá de condenarse a su pago en contra de la parte demandante y a favor de las entidades demandadas, liquidación que se hará conforme a las normas del C.G. del P., antes referida.

Por lo expuesto, el Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

4. FALLA

PRIMERO: DECLARAR PROBADAS las siguientes excepciones: **i) AUSENCIA DE NEXO CAUSAL** formulada por la E.S.E. HOSPITAL DE CALDAS, **ii) de INEXISTENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE E IMPUTABLE A LA NUEVA EPS; CUMPLIMIENTO CABAL DE LAS OBLIGACIONES DE LA NUEVA EPS EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADOR, INEXISTENCIA DE FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO IMPUTABLE A LA NUEVA EPS E INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA NUEVA EPS Y EL PERJUICIO ALEGADO/RESULTADO FINAL; AUSENCIA DE CULPA Y RUPTURA DE NEXO CAUSAL POR HECHO IMPUTABLE DE MANERA EXCLUSIVA A UN TERCERO; CARENCIA ABSOLUTA DE PRUEBA, INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LA OMISIÓN ENDILGADA A NUEVA EPS Y EL DAÑO ALEGADO. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR CARENCIA DEL DAÑO ANTIJURÍDICO, CONDICIONES PROPIAS DE LAS PATOLOGÍAS QUE PRESENTA EL PACIENTE, OBLIGACIÓN DE MEDIO NO DE RESULTADO, INEXISTENCIA DEL FACTOR DE IMPUTACIÓN: CULPA A TÍTULO DE FALLA DEL SERVICIO y COBRO DE LO NO DEBIDO, formulados por la NUEVA EPS. y de ii) INEXISTENCIA DE CULPA O FALLA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO Y ASISTENCIAL, expuesta por ALLIANZ SEGUROS S.A.**

47

SEGUNDO: NEGAR las pretensiones de la demanda conforme a lo expuesto en las consideraciones de la sentencia.

TERCERO: CONDENAR EN COSTAS a la parte demandante, en favor de las demandadas en los términos indicados en la parte motiva. Su liquidación, se efectuará por la Secretaría del Despacho en los términos señalados en el artículo 366 del C.G.P.

(6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825

CUARTO: EJECUTORIADA esta providencia, **LIQUÍDENSE** los gastos del proceso, **DEVUÉLVANSE** los remanentes si los hubiere y **ARCHÍVENSE** las diligencias, previas las anotaciones pertinentes en el programa informático Justicia Siglo XXI.

QUINTO: NOTIFICAR la presente sentencia en los términos señalados en el artículo 203 del CPACA.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE

Firmado Por:

Maria Isabel Grisales Gomez
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
004
Manizales - Caldas

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

48

Código de verificación:

769cfece8f8a88bab40aaf218666d2571fd9a1f0832d404420c212318cc938da

Documento generado en 21/02/2022 06:25:29 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>

 (6) 8879640 ext 11118

 admin04ma@cendoj.ramajudicial.gov.co

 Juzgado Cuarto Administrativo del Circuito de Manizales

 WhatsApp 318 241 0825