



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

Popayán, Noviembre 7 de dos mil diecinueve (2019)

EXPEDIENTE: 190013333006 2014 00083 00
DEMANDANTE: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

SENTENCIA No. 237

I.- ANTECEDENTES

Procede el Despacho a dictar sentencia de primera instancia dentro del proceso de Reparación Directa instaurado por YURI VANESSA MORALES PATIÑO identificada con C.C. No. 1.126.454.839, en nombre propio y en representación del menor NICOLE SHARI MONTENEGRO; MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DÍAZ identificada con C.C. No. 69.030.406, en nombre propio y en representación del menor JUAN DAVID GÓMEZ MORALES; HÉCTOR ORLANDO PANTOJA MORALES identificado con C.C. No. 7.538.445, JHONATHAN MORALES PATIÑO identificado con C.C. No. 1.122.339.976, JOSEFINA DÍAZ identificada con C.C. No. 27.155.011 y LISBET ALEXANDRA DÍAZ identificada con C.C. No. 36.756.242, tendiente a obtener el reconocimiento y pago de la indemnización de perjuicios materiales e inmateriales, ocasionados por la supuesta falla en el servicio en el servicio médico en cabeza de la entidad demandada.

1.1.- DECLARACIONES Y CONDENAS:

Solicita se declare que el Hospital Universitario San José de Popayán es administrativamente responsable de todos los daños y perjuicios ocasionados a la parte demandante por el fallecimiento de DARLY NATALY MORALES PATIÑO, por no brindar el servicio médico adecuado y oportuno a la fallecida durante su hospitalización en el establecimiento médico.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicita se condene al Hospital Universitario San José de Popayán a pagar las siguientes sumas de dinero:

Por perjuicios inmateriales:

- Por perjuicios morales: la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

- Por perjuicios a la vida de relación: la suma de cuatrocientos (400) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los padres de la fallecida y para su hijo.
- Por pérdida de oportunidad: la suma de cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes para cada uno de los demandantes.

Por perjuicios materiales:

- Por lucro cesante: a favor del menor JUAN DAVID GOMEZ MORALES, en calidad de hijo de la fallecida, la suma equivalente a ciento treinta y nueve millones setecientos once mil quinientos pesos (\$139.711.500), que corresponde al total de meses que dejará de recibir la cuota alimentaria por parte de su madre con el tope legal de los 25 años de edad.

1.2.- HECHOS

Los hechos relacionados por la parte actora se sintetizan de la siguiente manera:

Señala que DARLY NATALY MORALES PATIÑO falleció el 21 de febrero de 2013 en las instalaciones del Hospital Universitario San José de Popayán, donde se encontraba hospitalizada.

Refiere que era una paciente con diagnóstico de lupus esterimatoso sistémico (LES) desde hace varios años, razón por la cual su estado de salud era inestable debido a las diversas manifestaciones de su enfermedad. El día 21 de diciembre de 2012 ingresó al Hospital Universitario San José con: "vomito, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo y fiebre. Está muy hinchada en general." Durante su hospitalización se le dio manejo antibiótico e inmunosupresor, mejorando considerablemente y le dieron salida el 31 de diciembre de 2012.

El 9 de enero de 2013, DARLY NATALY MORALES PATIÑO reingresó por urgencias al HUSJ, con edema en todo el cuerpo y se ordenó hospitalización en sala general. El 23 de enero de 2013, su sistema respiratorio se deteriora y por orden médica se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos donde ingresa con diagnóstico de sepsis de tejidos blandos, insuficiencia renal y respiratoria, LES activo, compromiso renal, cutáneo, hematología, síndrome nefrótico y celulitis en miembro inferior derecho.

Sin embargo, la parte actora refiere que, el HUSJ no cuenta con algunos de los insumos médicos prescritos y no logran suministrar la dosis requerida por DARLY NATALY de inmunoglobina para brindar el esquema ordenado por el médico el día 24 de enero. El medicamento, según consta en la historia clínica no se encontraba en farmacia y era

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

necesario para el tratamiento de LUPUS y para evitar que se desarrollarán nuevas patologías.

Indica que para el día 13 de febrero aún no se había suministrado el medicamento de inmunoglobina el cual era de importancia para el mejoramiento de la salud de la paciente por lo que un médico internista solicitó la valoración por especialista en hematología y la práctica de un cuadro hemático, el cual no se realiza porque el HUSJ no tenía contrato con el laboratorio ni tenía laboratorio para practicarlo. De igual forma, sostiene que el médico tratante ordenó trasfunder plaquetas pero en el banco de sangre del hospital no había centrifuga por lo que no se pudo realizar dicho tratamiento a DARLY NATALY.

Refiere que debido al deterioro de salud en DARLY NATALY, se buscó un médico hematólogo particular al cual no le permitieron ingresar al hospital. Luego, fue valorada por el infectólogo quien le suspendió un medicamento y le ordenó desde el 10 de febrero uno más fuerte denominado CASPONGINGINA el cual no fue suministrado por el HUSJ por no encontrarse en farmacia.

Finalmente, el 21 de febrero de 2013 fallece DARLY NATALY por sepsis por cándida, enfermedad que no recibió todo el tratamiento completo por falta de medicamentos en farmacia y por síndrome nefrótico, que también derivó del no tratamiento oportuno del LES.

II.- ACTUACIONES PROCESALES

- La demanda fue presentada el día 3 de marzo de 2014¹,
- Inicialmente fue inadmitida a través de auto de trámite No. 431 del 22 de abril de 2014²
- Luego de ser corregida en su oportunidad, mediante auto interlocutorio No. 545 del 15 de mayo de 2014 fue admitida³
- El 16 de julio de 2014 se efectuó la notificación de la demanda⁴
- El Hospital Universitario San José de Popayán contestó la demanda el 8 de agosto de 2014⁵
- Mediante auto interlocutorio No. 142 del 3 de febrero de 2016⁶, se admitió el llamamiento en garantía formulado por el Hospital Universitario San José de Popayán a La Previsora S.A.
- El 23 de septiembre de 2016, mediante acta No. 254⁷, se celebró audiencia inicial la cual fue suspendida debido al ánimo conciliatorio de las partes.
- El 21 de octubre de 2016⁸ continuó la audiencia inicial en la que se clausuró la etapa de conciliación y se decretaron las pruebas que cumplieran con los requisitos para su decreto.

¹ Fl. 164

² Fl. 166-167

³ Fl. 182-186

⁴ Fl. 193

⁵ Fl. 195-203

⁶ Fl. 198-199 C. Llamamiento

⁷ Fl. 1030-1031

⁸ Fl. 1037-1042

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

- La audiencia de pruebas se celebró el 20 de marzo de 2018 a través de acta No. 98⁹, 19 de septiembre de 2017 mediante acta No. 357¹⁰ y el 13 de mayo de 2019¹¹ se recaudaron las pruebas decretadas y se clausuró la etapa probatoria, se saneó el proceso y se corrió traslado de alegatos.

2.1.-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

- ✓ HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN (FL. 195-203)

A través de apoderado judicial contestó la demanda en los siguientes términos:

Señala que no es cierto que el Hospital Universitario San José de Popayán no hubiera tenido el cuidado suficiente o que no hubiera tenido los cuidados necesarios para salvaguardar la vida de la paciente, por lo cual se opone a las peticiones formuladas en la demanda, ya que el HUSJ no es responsable del fallecimiento de DARLY NATALY MORALES PATIÑO, por cuanto se realizaron los trámite médicos pertinentes ofreciendo las herramientas al alcance del Hospital y se dieron las respectivas valoraciones médicas, reunidas los esfuerzos sin embargo no fue posible preservar la vida teniendo en cuenta que la paciente llegó al centro asistencial con una enfermedad preexistente de gran complejidad donde no se podía garantizar la recuperación total de la paciente a pesar de los tratamientos médicos brindados.

Como excepciones formuló las siguientes:

- Inexistencia de la obligación de indemnizar por no estar demostrado el daño antijurídico.
- Ausencia de nexo de causalidad entre el HUSJ con el daño por ausencia de falla en la prestación del servicio.
- ✓ LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (FL. 17-26 C. Llamamiento)

Se opone a las pretensiones de la demanda puesto que carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad.

Señala que en el proceso de la referencia no existe prueba de la responsabilidad endilgada al Hospital Universitario San José de Popayán sino que por el contrario, los documentos del plenario acreditan que el manejo que se le brindó a la señora Morales Patiño se ajustó a los protocolos y su fallecimiento obedeció, única y exclusivamente, por las graves complicaciones derivadas de su enfermedad de base y no por el manejo médico y farmacológico que se le brindó.

⁹ Fl. 1052-1053
¹⁰ Fl. 1062-1063
¹¹ Fl. 1079

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

En cuanto a los perjuicios extrapatrimoniales que se reclaman, estos resultan ser exorbitantes y de llegar a demostrarse no son atribuibles al ente demandado y de los perjuicios materiales no obra prueba en el expediente.

Como excepciones de fondo frente a la demanda propuso las siguientes:

- Inexistencia de responsabilidad y de obligación indemnizatoria a cargo del Hospital Universitario San José de Popayán.
- Inexistencia de prueba del perjuicio alegado.
- Enriquecimiento sin causa.
- Genérica o innominada.

Frente al llamamiento en garantía formulado por la entidad demandada, señaló que, el límite del valor asegurado por la vigencia anual del certificado 20 de la póliza No. 1001598, vigente del 31 de enero de 2013 al 30 de noviembre de 2013 es de \$500.000.000 y en la misma se pactó un deducible del 15% del valor de toda y cada pérdida, con un mínimo de \$15.000.000 por evento. Adicionalmente, se pactó un sublímite asegurado para daños extrapatrimoniales de \$100.000.000 por vigencia y para daños morales de \$50.000.000 por evento y \$100.000.000 por vigencia, que operan dentro del límite asegurado y no en exceso de éste. Señala que no es cierto que la entidad convocante siempre haya estado amparada por la póliza esgrimida como fundamento del llamamiento en garantía.

Como excepciones frente al llamamiento en garantía formuló las siguientes:

- Inexistencia de cobertura y consecuentemente, de obligación a cargo de mi representada.
- Límites máximos de responsabilidad, condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado.
- Límite temporal de cobertura.
- Las exclusiones de amparo.
- Las exclusiones del amparo
- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

2.2. ALEGATOS DE CONCLUSION

- ✓ Parte demandante (Fls. 1183-1186)

Dentro del término oportuno para presentar alegatos de conclusión, la apoderada de la parte demandante sustentó los siguientes argumentos conclusivos:

Señala que se encuentra demostrado dentro del proceso que DARLY NATALY MORALES PATIÑO falleció el 21 de febrero de 2013 en el Hospital Universitario San José de Popayán.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Sostiene que una paciente como DARLY de 24 años de edad con 7 meses de diagnóstico de LEA, estaba frente a una expectativa de vida larga en la que se sabe tendría un estado de salud con recaídas y propensa a desarrollar otro tipo de enfermedades y que al igual a quien no tenga la enfermedad de LES pueden ser tratables y curables a diferencia del LUPUS que no se cura pero se vive con él.

Refiere que el tratamiento se quedó corto, restándole a DARLY la oportunidad de curar su infección pese al LUPUS y continuar con su vida con LUPUS. Lo anterior en términos de la responsabilidad médica quiere decir que fue un tratamiento incompleto e inadecuado y que le restó oportunidad de vida a la paciente.

Hace referencia al dictamen pericial del que al igual que la historia clínica se pueden derivar dos situaciones graves y concomitantes que afectaban la salud de DARLY, el LUPUS y la infección en sus tejidos blandos, sin embargo el problema radica en que desde el inicio del ingreso de la paciente no se brindó un esquema antibiótico completo y eficaz contra la infección. Asimismo, el compromiso renal, hematológico, respiratorio que presentaba DARLY cuando ingresó a cuidados intensivos es como consecuencia de la infección en sus tejidos que avanzó rápidamente al no responder al tratamiento y que por ser paciente con LUPUS, avanzó y afectó con mayor rapidez y agresividad los sistemas de su cuerpo, es decir, una infección no tratada adecuadamente.

Considera que si se hubiese podido controlar la infección y evitar la grave afectación de los demás órganos y por lo tanto su muerte.

Indica que si bien los médicos consultados como testigos dentro del proceso son de altísima calidad académica y profesional, quienes además atendieron la a la paciente, no obstante actualmente trabajan en el HUSJ institución que es demandada en el presente caso por lo que su concepto puede verse parcializado y guiado a defender su propia actuación.

Conforme a lo anterior, la apoderada de la parte demandante solicita se condene administrativamente al Hospital Universitario San José de Popayán *por no brindar el tratamiento de manera integral, adecuada y oportuna a la señora DARLY NATALY lo que conllevó a una merma en la oportunidad de recuperar su salud, su vida y en la concreción su muerte.*

En consecuencia, se ordene el pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales al núcleo familiar afectado.

✓ Parte llamada en garantía – LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (Fls. 1187-1191)

La apoderada de la entidad llamada en garantía sustentó los alegatos de conclusión en los siguientes términos:

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Señala que en el presente caso no se probó que el daño antijurídico se hubiera ocasionado por el actuar del HUSJ a título de culpa, ni mucho menos la relación de causalidad entre uno y otro elemento.

Que de conformidad con la historia clínica que obra en el expediente, la señora MORALES PATIÑO sufría desde hace varios años de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), una enfermedad autoinmune, crónica que afecta el tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos, siendo que para esta enfermedad no existe cura y el tratamiento se endereza únicamente al control de los síntomas.

De acuerdo a los testimonios rendidos por los médicos, el deceso de MORALES PATIÑO se produjo como consecuencia de la enfermedad de base que le atacó los órganos vitales como el riñón y el sistema hemático.

Refiere que la causa determinante de la muerte de la señora en cuestión no se debió a los medicamentos que la parte demandante erróneamente aduce no fueron suministrados por el ente demandado, pero que de acuerdo a lo consignado en la historia clínica si se les proporcionó, no obstante, por su patología de base, la cual atacó gran cantidad de órganos y a pesar de los infructuosos esfuerzos de los galenos se hizo imposible su recuperación.

Sostiene que en el presente caso el régimen aplicable es el de falla probada del servicio pero lo único que se encuentra demostrado es que el personal científico al servicio del HUSJ, actuó con diligencia, pericia y estricto cumplimiento a los cánones de la lex artis, sin que se lograra probar la supuesta falla que alega la parte demandante.

Respecto de los perjuicios solicitados en la demanda sostiene que no se puede acceder a las pretensiones por cuanto ello desconocería la sentencia de unificación que establece los toques para indemnizar los perjuicios morales. Frente al lucro cesante, no se probó la fuente de ingreso de la señora DARLY NATALY.

Frente al llamamiento en garantía expone que los hechos objeto de la demanda carecen de cobertura bajo el contrato de seguro celebrado entre el HUSJ y la PREVISORA, consecuentemente, no puede imponérsele obligación indemnizatoria de ningún tipo ya que al no llenarse los presupuestos que exige la responsabilidad del hospital, tampoco se realizó el riesgo asegurado.

En ese orden de ideas, solicitó se declaren probadas las excepciones propuestas por la demandada y la llamada en garantía y se declare que LA PREVISORA no está obligada a efectuar pago alguno por concepto de indemnización de los supuestos sufridos por los demandantes, ni a responder ante el llamante en garantía.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

- ✓ Parte demandada HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ (Fls. 1192-1208)

La apoderada del Hospital Universitario San José presentó los siguientes argumentos como alegatos de conclusión:

Señala de acuerdo al testimonio del Dr. Londoño médico intensivista coordinador en la UCI Adultos del HUSJ, las plaquetas se garantizaron, se suministró plasma fresco y se logró el objetivo de colocación de plaquetas sin que se le dejara de proporcionar porque no lo requirió, se solicitaron para garantizar su consecución de presentarse un riesgo de sangrado eminente que afectara su vida de forma inminente, como sangrado gastrointestinal o sistema nervioso, como quiera que se obliga a trasfudir plaquetas cuando esté por debajo de 5000 en ausencia de sangrado o por encima de 1000 cuando hay sangrado, señal que se ordenó plaquetas para la colocación del catéter para insertar la maquita de diálisis, que si bien hubo dificultades se logró trasfudir 6 unidades el 26 de enero y el 12 febrero otras 6 unidades.

Arguye que no era obligatorio para el HUSJ tener en su stop de medicamentos en farmacia el contar de manera inmediata con un medicamento NO POS para el año de 2013, no obstante, se realizaron de inmediato protocolos y desde su orden hasta su consecución transcurrieron menos de 48 horas y trámites para su solicitud y así se garantizó.

Dice que no es cierto que el HUSJ no hubiera tenido el cuidado suficiente, ya que como se evidencia en la historia clínica, se brindó la atención médica en todas las especialidades requeridas por la paciente en el grave cuadro clínico que presentó.

En cuanto a la inmunoglobina, manifiesta que esta fue suspendida por el médico internista e intensivista Coordinador de la Unidad de Cuidados Intensivos a decisión y criterio médico, la inmunoglobina se encontraba fuera del POS, entonces, el medicamento no fue suspendido por mera liberalidad del médico internista intensivista, sino que este se debió a la búsqueda de los objetivos terapéuticos de la medicación.

Hace referencia a lo señalado por el doctor Londoño cuando dice que hay una incongruencia entre el contexto de la historia y lo que se registra en la revisión de las ordenes médicas y de los registros de enfermería, donde se ve la administración del medicamento caspofungina. Señala que la inmunoglobina y las misma caspofungina no están relacionado con el curso de la enfermedad de la paciente, pues no está demostrado que su no uso tenga que ver con el desenlace fatal ni existe evidencia o soporte científico que su uso sea indicado precisamente para el LES.

Indica que se encuentra acreditada la atención integral por las múltiples especialidades que recibió la señora DARLY NATALY MORALES en

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

esfuerzos humanos y tecnológicos y no se pueden desconocer las comorbilidades que comprometían renal, cardíaco, hematológico, articular y de afectación de todo el tejido conjuntivo del cuerpo, sistémico, entre otros que tenía la paciente. El LUPUS no tiene hoy en día una causa, lo afirma el epidemiólogo lamentablemente esta paciente tenía un compromiso en todos los órganos y es una situación imposible de manejar a largo plazo, con alta probabilidad de fallecer.

Respecto a la tacha del testigo llamado por la parte demandante, CESAR SARRIA, sostiene que los conceptos de los comités no son de obligatorio cumplimiento por la entidad y los médicos tratantes en junta médica ratificaron que no existe relación de causalidad entre la muerte de la señora DARLY NATALY MORALES y el actuar del HUSJ. En consecuencia, no se puede atribuir el desenlace de la patología de base con el que ingresó la paciente al HUSJ y por lo mismo, no puede imputarse el daño alegado, no configurándose una relación jurídica sustancial entre el HUSJ y el objeto del litigio.

Sobre la presunta pérdida de oportunidad argumenta que no es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad como un perjuicio independiente que deba ser resarcido por fuera del concepto de perjuicios materiales, inmateriales y daño a la salud, puesto que hacerlo conduciría a desconocer el objeto primordial del instituto de responsabilidad, esto es, el principio de reparación integral. Tampoco es posible indemnizar este daño por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final.

En conclusión, en el presente caso la parte demandante no cumplió con la carga procesal que le asistía, al no haber acreditado los tres elementos para su configuración, esto es, un daño que configure la lesión o perturbación de un bien jurídicamente protegido; un hecho que configure una falla en la prestación del servicio, sea por retardo, irregularidad, ineficacia, omisión o ausencia del mismo (imputación fáctica) y un nexo jurídico causal entre la falla o falta de prestación del servicio a que está obligada la administración y el daño, y por el contrario quedó demostrado una causa extraña, a pesar de la diligencia y cuidado con la que se actuó. En consecuencia, solicita se nieguen las pretensiones de la demanda.

III. CONSIDERACIONES

3.1. La competencia

Por la naturaleza de la acción, la fecha de presentación de la demanda y el lugar de los hechos y la cuantía de las pretensiones, el Juzgado es competente para conocer de este asunto en PRIMERA INSTANCIA conforme a lo previsto en el artículo 156 numeral 6 de la Ley 1437 de 2011.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
 Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
 Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
 Medio de Control: REPARACION DIRECTA

3.2.- Caducidad de la acción:

En el presente caso no ha operado el fenómeno de la caducidad dado que la fecha de muerte de la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO fue el 21 de febrero de 2013, por lo que el término para demandar iba hasta el 22 de febrero de 2015. La demanda se presentó el 3 de marzo de 2014 (fl. 164). Adicionalmente, se acreditó el requisito de procedibilidad de conciliación extrajudicial como consta a folios 129-134 del expediente.

3.4. FUNDAMENTOS DE LA SENTENCIA

3.4.1. LO PROBADO EN EL PROCESO:

Inicialmente el despacho abordará el estudio de las pruebas que permitan demostrar si se configuró o no falla en la prestación del servicio. Si el análisis permite derivar responsabilidad a la entidad, se pasará con el análisis de las pruebas aportadas para acreditación de perjuicios inmateriales para la parte actora.

Aparece registro civil de defunción de DARLY NATALY MORALES PATIÑO con fecha de defunción del 21 de febrero de 2013 (fl. 4)

A continuación se relacionan las prescripciones y órdenes médicas desde la fecha de ingreso de DARLY NATALY, el 9 de enero de 2013 (fl. 308-377):

| MEDICAMENTO | SITUACIÓN | | |
|--------------|---|--|--|
| FLUCONAZOL | <ul style="list-style-type: none"> - 1/2/13: ORDEN MÉDICA - 1/2/13: SE RECOMIENDA TERMINAR ESQUEMA ANTIBIOTICO HASTA COMPLETAR 14 DÍAS Y SUSPENDER. MANTENER FLUCONAZOL COMO ESTA INDICADO Y MANEJO DE HIPOALBUMINEMIA CON ALBUMINA ORDENADA. - 5/2/13: FLUCONAZOL 200 MG IV DÍA POSTDIALISIS HASTA COMPLETAR 10 DÍAS (DÍA 5/10) | | |
| CASPOFUNGINA | - 13/2/13 - 10:34: EV | | |

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
 Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
 Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
 Medio de Control: REPARACION DIRECTA

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| | <p>75MG DE CARGA INICIAL Y CONTINUAR CON 50MG/DIA EV</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14/2/13 - 13H: PENDIENTE INICIAR. SE HIZO NO POS. - 15/2/13 - 11AM: CASPOFUNGINA | | |
| FUROSEMIDA | <ul style="list-style-type: none"> - 14/1/13 - 10:21H: SUSPENDER FUROSEMIDA - 20/1/13 - 10H: SUSPENDER FUROSEMIDA ORAL - 25/1/13 - 6H: FUROSEMIDA - OMITIDA | | |
| PREDNISOLONA | <ul style="list-style-type: none"> - 10/1/13: SUSPENDER - 11/1/13 - 11H: DISMINUIR METILPREDNISOLONA - 11/1/13: RETIRO METILPREDNISOLONA - 11/1/13: PREDNISOLONA DAR 100 MG DÍA - 5/2/13: SUSPENDER METILPREDNISOLONA AL INICIAR PREDNISONA - 13/2/13: SUSPENDER PREDNISOLONA | | |
| OXACILINA | <ul style="list-style-type: none"> - 11/1/13: RETIRO OXACILINA | | |
| INMUNOGLOBULINA | <ul style="list-style-type: none"> - 25/1/13: 25GR C/24H X 5 DÍAS - 27/1/13: NO HAY DESDE AYER (1/5) - 30/1/13 -16:30: SUSPENDER INMUNOGLOBULINA POLIVANLENTE | | |
| MAROPENEM | | | |
| VANCOMICINA | <ul style="list-style-type: none"> - INICIA VANCOMICINA - 14/1/13 - 13H: INICIA MANEJO CON VANCOMICINA ADICIONAL EN EL | | |

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
 Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
 Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
 Medio de Control: REPARACION DIRECTA

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| | DIA DE AYER... NO EVIDENCIAMOS CRECIMIENTO DE LA LESIÓN, EVOLUCIÓN POR AHORA ESTABLE. | | |
| PLAQUETAS | <ul style="list-style-type: none"> - PLA. 54.000... PLQ BAJAS. - 21/1/13: PLT. 70.000 – 89.000 - 23/1/13: SE TRANSFUNDIÓ 1 U GR - 26/1/13: PLAQUETAS 58.000 - 27/1/13: TRANSFUNDIR 2 U G ROJOS - 30/1/13: PLAQUETAS 76.000 - 1/2/13: CONSIDERAR TRANSFUSIÓN DE GLOBULOS ROJOS SI CONTINÚA DESCENSO EN LA HEMOGLOBINA. - 5/2/13: TRANSFUNDIR 1 UD GR INTRADIALISIS - 9/2/13: TRANSFUSIÓN 2 U GLOBULOS ROJOS INTRADIALISIS - 12/2/13: TRANSFUNDIR 6 U. DE PLAQUETAS - 15/2/13: TRANSFUNDIR 6 UNID PLAQUETAS - 18/2/13: DIFERIR TRANSFUSION GLOBULOS ROJOS | | |

Expediente: 19001-33 33-006-2014-00083-00
 Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
 Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
 Medio de Control: REPARACION DIRECTA

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| <p>EVOLUCIÓN PACIENTE:</p> | <ul style="list-style-type: none"> - 14/1/13: NO EVIDENCIAMOS CRECIMIENTO DE LA LESIÓN, EVOLUCIÓN POR AHORA ESTABLE. - 16/1/13: PACIENTE CON MEJORÍA LENTA. - 19/1/13: PACIENTE CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTABLE, CON MEJORÍA CLÍNICA LENTA... ACEPTABLE CONDICION GENERAL - 21/1/13: PACIENTE QUIEN REFIERE QUE PRESENTA ORINA HEMATURICA. - 23/1/13: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES... SE HABLA CON LA FAMILIA SOBRE EL RIESGO DE COMPLICACIONES Y MAL PRONOSTICO A PESAR DEL TRATAMIENTO. - 14/2/13: UCI: PACIENTE PRESENTA DE FORMA SÚBITA PARO CARDIORESPIRATORIO... HISTORIA DE PROBABLE HEMORRAGIA ACTUAL POCO PROBABLE SANGRADO SECUNDARIO A BAJO CONTEO DE PLAQUETAS EL CUAL ES VARIABLE PERO EN RANGO APARENTE DE SEGURIDAD (20.000- | |
|--------------------------------|--|--|

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
 Demandante: HÉCTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
 Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
 Medio de Control: REPARACION DIRECTA

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>30.000) LO CUAL HACE MUY PROBABLE HEMORRAGIA...</p> <p>- 18/2/13: PACIENTE FEMENINA EN CONDICIONES CRITICAS SE HACE INTERVENCION DE CRISIS EN LA FAMILIA PREPARANDOLOS PARA FALLECIMIENTO DE LA PACIENTE...</p> <p>- 21/2/13: PACIENTE EN MALAS CONDICIONES, PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORI O, QUIEN NO TENIA CRITERIOS PARA RCP AVANZADA FALLECE A LAS 00+50.</p> | | |
|--|--|--|--|

- Se registra ingreso al servicio de urgencias de DARLY NATALY MORALES PATIÑO al Hospital Universitario San José de Popayán, de fecha 9 de enero de 2013, con las siguientes anotaciones:

Diagnóstico de ingreso: LES

Datos clínicos del ingreso: Paciente de 24 años con diagnóstico de LES 7 meses previos al ingreso...

Se ingresa a UCI por sepsis severa

Fl. 215:

Fecha: 9/01/2013:

Ingresar paciente al servicio de urg adultos con edema en cara y miembros inferiores edema en todo el cuerpo paciente consciente, orientado, con un LES...

Folio 216:

Fecha: 11/01/2013:

Paciente que en la mañana se observa en regulares condiciones generales, con anasarca, con sello de heparina permeable recibe diara la tolera con equimosis en MSD, recibió medicamentos según tarjeta se le hizo cambios de posición y se le realizan masajes con piel sana.

Fl. 221:

Fecha 22/01/2013:

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Paciente en malas condiciones generales algica mal perfundida presenta edema generalizado, tiene acceso venosos periférico permeable... tiene ulcera G II en región sacra...

Fl. 222:

Fecha 23/01/2013:

Se le pasa 1 unidad de glóbulos rojos...

- Historia clínica de ingreso a cuidado crítico:

Fl. 50:

Fecha: 23/01/2013 – 06:52 p.m.

Anamnesis: ...La paciente reingresa el 9 de enero por empeoramiento del edema generalizado y además proceso infeccioso de tejido blando a nivel del dorso del pie derecho por lo cual se difiere manejo con ciclofosfomida y se inicia manejo antibiótico con vancomicina y clindamicina con evolución no favorable por extensión de eritema al muslo derecho cara interna...paciente en malas condiciones generales con LUPUS activo y compromiso de múltiples órganos se ingresa en UCI...

Análisis clínico: Paciente en malas condiciones generales con LUPUS activo con compromiso renal, hematológico y cardiaco, ahora con proceso infeccioso de tejidos blandos...

Fl. 49: EVOLUCIÓN MEDICINA INTERNA: ...desacondicionamiento físico.

Eventos: proteinuria en rango nefrótico, hipoalbuminemia severa, volúmenes urinarios en descenso en promedio de 500 cc, hematuria persistente, empeoramiento de celulitis, extensión del área afectada hasta el muslo derecho. Posible cardiomiopatía lúpica por ecocardiografía. Sin déficit sensitivo, ni motor. En estado de anasarca.

Miembros inferiores: edema G III, con lesiones en dorso del pie derecho con área de necrosis superficial de 2x2 con eritema persistente.

Paciente en malas condiciones generales con lupus activo con compromiso de múltiples órganos. Esta pancitopenica – hipoalbuminemia. Se habla con la familia sobre el riesgo de complicaciones y mal pronóstico a pesar del tratamiento.

Fl. 50:

Anamnesis: ...se le dio salida el 31 de diciembre para seguir manejo con ciclofosfamida programado ambulatorio. La paciente reingresa el 9 de enero por empeoramiento del edema generalizado y además proceso infeccioso de tejido blando a nivel del dorso del pie derecho por lo cual se difiere manejo con ciclofosfamida y se inicia manejo antibiótico con vancomicina y

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

clindamicina con evolución no favorable por extensión de eritema al muslo derecho cara interna y se decide anexar MEROPENEM...

Fl. 53:

10:24 p.m.: No se disponen de plaquetas se encuentra pancitopenia¹².

Fl. 490: 23/01/2013: Transfundir 1 unidad compatible de glóbulos rojos.

Fl. 53 reverso:

Fecha: 24/01/2013:

Análisis clínico: Paciente en regulares condiciones generales, persistencia de plaquetopenia, anemia y leucopenia... se decide en revista continuar con tratamiento... traslado a UCINT, no hay plaquetas en la institución, con alto riesgo de sangrado, se debe definir si persiste con hematuria y descenso de las plaquetas se debe remitir a otro nivel que cuente con hematología y derivados de la sangre.

Fl. 54:

02:41 p.m.: Análisis clínico: Alto riesgo de sangrado y requerimientos de transfusión de plaquetas.

Fl. 55 reverso:

Fecha: 25/01/2013 – 12:10 p.m.

Análisis clínico: ...aún con severa plaquetopenia severa¹³ sin evidencia de sangrado activo, ya no se evidencia hematuria, anemia... se solicita con carácter urgente 12 UD de plaquetas que no hay en el banco de sangre del hospital, por lo cual se hace el trámite con la entidad de salud.

Fl. 57:

10:22 p.m.: Pendiente consecución de plaquetas.

Fl. 237:

Se entrega paquete de reserva de 12 unidades de glóbulos rojos al camillero... no hay en el banco de sangre del HUSJ y se envía otro paquete al SIAU...

¹² Consultado el día 5 de septiembre de 2019 en la página web: <https://www.stjude.org/es/cuidado-hatoplenia/enfermedades-que-tratamos/pancitopenia.html>. El cuerpo contiene tres tipos de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La anemia ocurre cuando hay muy pocos glóbulos rojos en la sangre. La leucopenia es una afección donde hay muy pocos glóbulos blancos. El bajo recuento de plaquetas se llama trombocitopenia.

La **pancitopenia** ocurre cuando una persona tiene una disminución de los tres tipos de células sanguíneas. Esto ocurre cuando algo anda mal en la médula ósea, que es donde se forman las células sanguíneas.

¹³ La trombocitopenia es cualquier situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales en el cit, con un recuento plaquetario inferior a 100.000/mm³ (8.) Si, por cualquier motivo, el recuento de plaquetas cae por debajo del límite normal, el trastorno se conoce con el nombre de trombocitopenia. Normalmente, una persona tiene entre 150.000 y 450.000 plaquetas por mililitro de sangre en circulación.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Fl. 58

Fecha: 26/01/2013 – 12:58 p.m.

Problemas actuales: Trombocitopenia severa falla renal y anuria requerimientos de transfusión de plaquetas y soporte renal posterior.

Fl: 59: Paciente con LES activo con trombocitopenia severa con falla renal aguda con anuria con requerimientos de soporte renal para lo cual requiere catéter... por lo cual se requiere transfusión urgente de plaquetas que no hay en este centro se solicitan a la aseguradora y se realiza remisión a institución que tenga UCI y disponga de este hemoderivado

Fl. 60:

12:41 a.m.: Hematología: se han transfundido 4 unidades de plaquetas hoy en la tarde sin complicaciones.

Fl. 61:

Fecha: 27/01/2013 – 1:02 p.m.

Problemas actuales: Mejoría de niveles de plaquetas, no evidencia de sangrado, anurica en últimas horas...

Fl. 497: Transfundir 2 U.G. Rojos

Fl. 498: Inmunoglobulina 25g IV cada 24 horas 3/5-NO HAY DESDE AYER

Transfundir 2 UD GRE

Fl. 63 reverso:

Fecha: 28/01/2013:

Análisis clínico: Paciente en condición médica crítica en VMI, con roto hemodialítico, sin signos de sangrado activo... continúa coagulopática y con trombocitopenia, hasta la fecha actual en el Hospital no cuenta con el suministro de las plaquetas por lo que se está gestionando consecución con su entidad.

Plan de manejo integral y monitoreo: Continúa tratamiento médico instaurado en UCI. Necesidad de soporte hemodialítico. Se gestiona consecución de inmunoglobulina polivalente para completar 5 días de tratamiento.

Fl. 258:

Anotaciones registro de medicamentos: ... No se coloca plasma a las 20 ni a las 4 ya que no hay en el banco de sangre plasma tipo A...

Fl. 66:

10:07 p.m.: ... con requerimientos de múltiples transfusiones de plaquetas con falla respiratoria aguda con requerimientos de soporte ventilatorio invasivo y además falla renal con anuria y soporte hemodialítico. Pronóstico reservado.

Manejo farmacológico: *igual requiere transfusión de plaquetas.*

Fl. 498: Transfundir 3 UD plasma c/8h

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

- Evolución médica – Unidades hospitalización y urgencias:

Fl. 72:

Fecha: 31/01/2013:

Pulmones acoplados a ventilación mecánica, no se auscultan ruidos agregados. Paciente oligo anurica con soporte hemodiálisis. En manejo con VANCOMICINA y MEROPENEM. Terminando ciclo. Presenta en brazo y antebrazo derecho equimosis y área pequeña de necrosis.

Análisis clínico: Paciente en condiciones críticas, requiriendo soporte ventilatorio, dialítico, ahora con respuesta inflamatoria, cayademia, taquicardia, picos febriles, posible origen en tejido blando, manejo antibiótico VANCOMICINA y MEROPELNEMEN, evolución tórpida. Pronóstico reservado.

Fecha: 01/02/2013:

Infectología: sepsis de probable origen en tejidos blandos adecuadamente tratada y controlada.

Fl. 75:

Se recomienda... manejo de hipoalbuminemia... transfusión de glóbulos rojos...

Fl. 76:

Fecha: 01/02/2013: 12:39 p.m.

Análisis clínico: Paciente evolución clínica tórpida¹⁴, con LUPUS eritematoso sistémico activo. Presenta leucopenia, neutropenia y plaquetopenia, completando esquema antibiótico de amplio espectro. Falla respiratoria aguda por edema pulmonar con leve mejora de hallazgos radiológicos...

Fl. 84:

Fecha: 04/02/2013: 11:39 a.m.

Análisis laboratorios: No hay RX tórax hoy por portátil dañado.

- Anotaciones de unidades de cuidado crítico adulto y salas de emergencia:

Fl. 23:

Fecha: 13/02/2013: 08:41 p.m.

Diagnósticos activos: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS.
SÍNDROME NEFRÓTICO: NO ESPECIFICADA
EDEMA PULMONAR
ANEMIA EN OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

¹⁴) En patología, proceso que evoluciona muy lentamente, sin cambios apreciables y sin reacciones.
<https://www.encyclopediasalud.com/0>

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA
TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA
SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA
Medicamentos: Caspofungina

Análisis clínico: Paciente en mala condición general con SRIS, con ciclo antibiótico previo de amplio espectro, se considera iniciar caspofungina para manejo de candidemia y se realiza rastreo para esto, pronóstico muy reservado dada la falla para prosperar y la pobre reserva fisiológica de base.

Fl. 24 y 24 reverso:
Fecha: 14/02/2013 - 16:30:

Medicina interna: ... historia de probable hemorragia alveolar actual poco probable sangrado secundario a bajo conteo de plaquetas el cual es variable pero en rango aparente de... (20.000-30.000) lo cual hace muy probable hemorragia alveolar...
Medicina Interna: Revisada la paciente y sus paraclínicos se establecen:

1.- Sepsis de probable origen pulmonar sobre la base de inmunodeficiencia por LES activo.

Fl. 25:
Infectología: ... Pendiente el inicio de caspofungina adecuadamente...

Fl. 26: se registra: Paciente en estado POST RCP se ha decidido por sospecha de hemorragia alveolar pulso con METILPREDNISOLONA se solicita hemograma por hematología, junto con bilirrubinas y LDH se indica desparasitación. Plan: HEMOGRAMA POR HEMATOLOGIA PULSO METIL PREDNISOLONA DESPARACITACIÓN CON ALBENDAZOL.

FL. 28:
Solicitud y justificación de medicamentos NO POS: razones para la no formulación del medicamento del listado POS: No hay respuesta clínica ni paraclínica con medicamentos POS.

Fecha: 15/02/2013:

Paciente con LES activo quien cursa con fallo renal y disfunción orgánica con sepsis en manejo... por lo que se decide usar caspofungina...

Fl. 27:
Medicamentos: FLUCONAZOL, CEFEPIME, VANCOMICINA, CASPOFUNGINA
Persiste febril, en estado postre animación, con mala condición general.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Fl. 29:
Fecha: 15/02/2013 – 16:01

Solicitud de autorización de servicios de salud de fecha 15 de febrero de 2013 para el medicamento caspofungina x 80 MG o 50 MG de manera urgente porque el paciente se encuentra en UCI.

Fl. 116:
Fecha: 16/02/2013 – 12:48 p.m.

Problemas actuales: Malas condiciones generales, síndrome post-reanimación, con SRIS, falla orgánica múltiple, sangrado por TOT y por cavidad oral, trombocitopenia severa, coagulopática, con soporte ventilatorio invasivo, soporte dialítico, fungemia en manejo, sepsis de tejidos blandos y pulmonar en manejo con antibiótico de amplio espectro... evolución clínica irregular, pronóstico incierto.

Plan de manejo integral y monitoreo: ...en revista se decide: reposición de electrolitos, transfundir 6 unidades de plaquetas...<<

Fl. 118 reverso:
Fecha: 17/02/2013 – 05:22 p.m.

Análisis clínico: Paciente en malas condiciones generales con falla para progresar, continúa hipóxémica, con RX que muestra infiltrado intersticial, soporte ventilatorio prolongado, soporte dialítico... no se ha logrado plaquetas para proceder a colocar CVC y posible traqueostomía. .

Fl. 30 y 119:
Fecha: 18/02/2013 – 12:40 p.m.

Evolución médica para cuadro crítico: ... Pendiente consecución de plaquetas por su entidad.

Análisis clínico: ...Pendiente consecución por parte de su entidad de manejo con caspofungina y plaquetas. Condición crítica. Pronóstico reservado.

Fl. 31:
Fecha: 18/02/2013
Órdenes médicas: Caspofungina 50 MG EV CADA DÍA (DÍA 4), pendiente transfusión de 6 unidades de plaquetas.

Fl. 124:
Fecha: 19/02/2013 – 08:25 p.m.
Análisis clínico: Condiciones crítica, inestabilidad hemodinámica, soporte ventilatorio prolongado, soporte vaso activo, taquicardia supraventricular, trombocitopenia, sangrado por boca, secreciones hemáticas por tubo oro traqueal. Continúa con TRR hemodiálisis. Pobre pronóstico.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Fl. 126:

Fecha: 20/02/2013 – 10:31 p.m.

Análisis clínico: Paciente en malas condiciones generales, con alteraciones severas y múltiples, no evolución hacia la mejora, quien desde ayer se decidió medidas de confort, con conocimiento de la familia, pronóstico ominoso.

Recibo paciente muy inestable suspendida la NE, solo pasando reducción, con respiraciones muy espaciadas, no se toman laboratorios se realizan las medidas de confort 24:50 paciente que fallece se informa al médico y a los familiares.

INFORME PERICIAL – JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO

"Objeto pericial/Conclusión:

"Emitir concepto médico sobre el tratamiento que recibió y debió recibir un paciente con lupus y con la sintomatología que padecía DARLY NATALY, según la ciencia médica."

En primer lugar, se trata de una paciente con un lupus activo, a juzgar por el compromiso renal (no veo datos en la historia clínica registrada en la biopsia renal), hematológico, con poliserositis ... la cual había recibido tratamiento en diciembre de 2011 por un síndrome nefrótico en recaída, con alta el 31 de diciembre y tratamiento con ciclofosfamida más prednisolona, el cual considero un esquema de tratamiento adecuado; me llama la atención el motivo de consulta del día 9/01/13 en donde lo más relevante además de la disnea y los edemas, es que presenta dolor en la pierna derecha, con supuración, además de fiebre y clara sintomatología inflamatoria (como es la taquicardia, la fiebre, el aumento en la frecuencia respiratoria), todo lo anterior indica una infección de tejidos blandos de la pierna derecha; si vamos a las guías internacionales de manejo de esta entidad (referencia 1), el manejo de basa en la cobertura fundamental de los gémenes Staphylococcus, principalmente el tipo Aureus o dorado, por lo tanto se debe iniciar antibióticos como la cefazolina, oxacilina y clindamicina para cubrimiento de las especies sensibles y concomitantemente vancomicina, linezolid, o Ceftarolina para las especies resistentes; en este caso se escogió de forma adecuada inicialmente la oxacilina y luego la clindamicina, se procedió a descartar trombosis de la extremidad (dado el antecedente de síndrome nefrótico y proteinuria, o sea, excreción alta de proteínas en la orina que favorecen trombosis venosa especialmente de la vena renal, pero posible en otros sitios) y esta se descartó en forma adecuada mediante estudio de Doppler venoso de la extremidad afectada; sin embargo, al haber cambiado el esquema antibiótico inicial a clindamicina sola, se nota un empeoramiento clínico en la paciente como se describe en la evolución del 13/01/13 en donde hay flictenas (es decir ampollas), eritema (enrojecimiento) y calor en la extremidad; a mi juicio, desde el comienzo el tratamiento debió estar dirigido al cubrimiento de los Staphylococcus

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Aureus sensibles y resistentes a la oxitilina... por lo que un esquema ideal de inicio hubiese sido vancomicina más oxitilina o vancomicina más cefazolina, desde el mismo inicio de la atención de la paciente; es claro que los pacientes críticos con sepsis severa, como era este caso, **el inicio temprano de antibióticos adecuados es uno de los factores que más impacta positivamente en la recuperación y sobrevida del paciente** y en todos los casos deben estar instaurados en la primera hora de la atención del paciente, con sepsis severa; acá por ejemplo la vancomicina se inició tarde, para el día 13 de enero como vemos, la evolución de la paciente fue empeorando como se describe en la evolución del 22/01/13, en donde la extensión del compromiso eritematoso en la extremidad se extiende hasta el muslo derecho, además de la presencia de fiebre...

La evolución ulterior de la paciente está enmarcada en un deterioro progresivo en donde lo más relevante es la aparición de hematuria (sangrado con la orina) dada la presencia de recuentos plaquetarios bajos (esto indica actividad del lupus, pero también severidad del proceso infeccioso) y luego deterioro con desaturaciones, por lo cual para el día 25/01/13 se inició soporte con ventilación mecánica no invasiva, en mi criterio esto no es más que el desarrollo de un síndrome de dificultad respiratorio del adulto que se da en caso de infecciones severas no controladas y que refleja el advenimiento del síndrome de disfunción orgánica múltiple, es decir, deterioro progresivo en diferentes órganos y sistemas como resultado de una infección severa, **en donde el foco no ha sido controlado**; este mismo día la paciente es intubada y se inicia ventilación mecánica, **las plaquetas bajan a un peligroso nivel de 6000 mm³** (el sangrado espontáneo se puede dar con valores menores a 10 mil con consecuencias graves como sangrados en cerebro o espontáneos en otros órganos como se venía presentando con el sangrado en la orina), por otro lado la paciente no presenta respuesta al tratamiento indicado de diuréticos con albúmina (utilizado en paciente con falla renal oligúrica, o sea que no orinan), por lo cual fue inevitable la indicación de iniciar diálisis, la cual se inicia el día 26/01/13, en este punto se habla de inicio de inmunoglobulina (medicamento que sirve para modular la respuesta inmune y evitar mayor descenso de las plaquetas o mejorar la inflamación en el LUPUS), no veo indicado este tratamiento ya que si bien el lupus se encontraba activo en la paciente, **el problema grave acá era la infección en los tejidos blandos de la extremidad derecha que no lograba resolverse, y no la inflamación propia del lupus**; en mi concepto era suficiente continuar con medicamentos corticoides a dosis de stress ante la presencia de una infección de esta severidad...

Para el día 2/02/13 se decide retirar el tubo orotraqueal y la ventilación mecánica, si bien pudiese ser que los gases arteriales y la oxigenación estuvieran mejor, la condición general de la paciente no era buena y por lo tanto no considero esta maniobra como adecuada en una paciente que claramente continúa con una falla múltiple de órganos....

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

*Considero los anteriores hechos, lo resultante en una sepsis de origen de tejidos blandos originada en el miembro inferior derecho en donde no se logró un adecuado cubrimiento antibiótico desde el comienzo y en donde la progresión de la infección llevó a la falla progresiva de los órganos en una paciente con una condición de base compleja y de inmunosupresión (como es el lupus por sí mismo), **este hecho llevó a un deterioro general de la paciente y fue el hecho causal y final de su fallecimiento; en mi concepto la escogencia inicial de un esquema antibiótico según las guías basadas en la evidencia, junto con una monitorización en una sala de cuidados especiales desde el comienzo (por la complejidad de la paciente) pudieron haber impactado positivamente en el resultado final; se evidencian fallas en lo concerniente al cuidado intensivo en general, como son los criterios de retiro de la ventilación mecánica y en la toma de decisiones e interpretación de los resultados de laboratorio.***

TESTIGOS: AUDIENCIA DE PRUEBAS 27 DE MARZO DE 2017:

HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA:

PREGUNTADO: ¿Usted atendió a la paciente según su especialidad?

CONTESTO: Si. PREGUNTADO: ¿Puede explicar que es un LES activo?

CONTESTO: Es Lupus Eritematoso Sistémico, es una enfermedad de connotación autoinmune, esto quiere decir de que el organismo susceptible genera unos fenómenos de anticuerpos o de una situación de desconocimiento de las células de su propio organismo y genera mecanismos de ataque contra las células y tejidos de su propio organismo. Enfermedad inmunológica. Esta afectación a los tejidos genera fenómenos inflamatorios que como se dice son sistémicos. No están solamente confinados al tejido conectivo o a las articulaciones sino que afecta mucho órganos y sistemas, piel, sistema cardiovascular, tejidos, pulmones, riñones, cerebro, articulaciones, sistema hematológico. Al hablar de activo, al momento del manejo de la paciente, la enfermedad estaba sintomática, es decir estaba activa, inmunológicamente estaba con las manifestaciones clínicas.

PREGUNTADO: ¿Esa enfermedad es curable? CONTESTO: Se considera que el LUPUS eritematoso sistémico, salvo algunas connotaciones muy propias como por ejemplo algunos síndromes Lupus inducidos por medicamentos o por drogas en los cuales cuando se retira el medicamento ocurre el LUPUS cuando ocurre de manera espontánea sino bajo una susceptibilidad genética o hereditaria o la exposición a ciertos factores de riesgo se presenta esta enfermedad es más bien controlable pero se considera que no es una entidad curable; sin embargo, en el curso de la evolución de la enfermedad si puede tener ciclos de **remisiones y recaídas**, esto quiere decir que la persona tratada puede tener episodios asintomáticos de inactividad de la enfermedad, pero posteriormente en el tiempo por alguna consideración específica a exposición a algún agente ambiental, supresión de medicación, etc., estimulación infecciosa sobre todo por virus, el LUPUS puede reactivarse por lo que esta enfermedad presenta un comportamiento de remisiones

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

y recaídas. Algunas otras contextos de la enfermedad, es una enfermedad que tiene una evolución discapacitante y progresiva en el tiempo, es decir es una enfermedad que no tiene ciclos de remisión de la enfermedad sino que evolutivamente y progresivamente en el tiempo la enfermedad permanece activa en el paciente y por supuesto lo lleva a las condiciones de casos muy severos de la enfermedad. (...)PREGUNTADO: ¿No se entiende como una entidad curable, se ha podido establecer cuál es la expectativa de vida de un paciente con LES activo? CONTESTO: Sí, para los pacientes que tienen una enfermedad leve, moderada del LUPUS eritematoso, es decir que su compromiso no afecta órganos que tienen que ver con la sobre vida, sino que afecta como por ejemplo órganos como tejido conectivo, piel, articulaciones, etc., se considera que la sobre vida es definitivamente mayor del 90 a 95% con tratamiento a más de 10 años y los primeros 5 años con tratamiento la sobre vida es alrededor del 85%. La cosa cambia cuando el LUPUS se presenta cuando hay compromiso de órganos que si marca un contexto de gravedad y de mortalidad como es el compromiso de enfermedad renal, enfermedad neurológica y enfermedad hematológica. En ese contexto, manifiesto que uno de los principales elementos que define mortalidad en el primer año de diagnosticada la enfermedad, es el LUPUS eritematoso con compromiso renal y con insuficiencia renal que lleve hiperazoemia, lo que quiero decir es que la hiperazoemia es la elevación de los productos tóxicos que normalmente deben eliminarse por el riñón y que normalmente el riñón no lo hace y que necesitan soporte externo como es la terapia diaria o terapia de reemplazo renal. Los análisis multivariados de mortalidad en LUPUS han mostrado que los elementos de peso para definir mortalidad es la insuficiencia renal con hiperazoemia o sea con elevación de los azoados que obliga a terapia de reemplazo renal. Los datos de la literatura demuestran que los pacientes con daño renal en LUPUS eritematoso, entre el primer y segundo año de diagnóstico tienen un riesgo incrementado de mortalidad de 7.7 veces comparado con la población con LUPUS que no tiene problema renal. También, el otro elemento que define mortalidad está relacionado con la trombocitopenia, los pacientes que hacen ataque a las células hematológicas y específicamente a las plaquetas produciendo trombocitopenia, tienen un riesgo incrementado con respecto a la población que no tiene este fenómeno en 4 veces. Los episodios de infección o sepsis tienen un riesgo incrementado de mortalidad de 5.7 veces y un elemento importante que es la recurrencia, es decir la recurrencia se define como el paciente hace manifestaciones de LUPUS mejora y vuelve y cae, tiene un riesgo incrementado de hasta 12.4 veces como riesgo relativo de mortalidad, de tal manera que en este contexto particular, podemos decir que la connotación de enfermedad lúpica de la paciente en cuestión, si tenía unos marcadores importantes de mortalidad con relación a población lúpica que no tiene daño de órganos (...) PREGUNTADO: ¿La paciente tenía falla renal? CONTESTO: Sí. PREGUNTADO: ¿Había trombocitopenia? CONTESTO: Sí, atacaba las plaquetas y los glóbulos rojos. PREGUNTADO: ¿Adicional al daño renal, qué otros órganos vitales tenía afectados la paciente? CONTESTO: Ella

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

tiene una primera hospitalización en el mes de diciembre de 2012 que se hace en el servicio de medicina interna, para esa fecha la paciente ya tenía un diagnóstico de LUPUS eritematoso y se atiende en el servicio de medicina interna en el contexto de un LUPUS eritematoso sistémico con glomerulonefritis lúpica. Para la fecha de hospitalización, la paciente es vista por el servicio de medicina interna y de reumatología del HUSJ y recibe un primer ciclo de terapias para la glomerulonefritis lúpica, que es un ciclo de ciclofosfamida, cual hay mejoría en las manifestaciones de enfermedad lúpica permitiendo que la paciente egresase a finales del mes diciembre. Posteriormente, en enero ingresa por manifestaciones lúpicas pero como lo resalta la historia, por un estado de hinchazón, el nombre técnico es un edema progresivo o sea retención progresiva de líquidos hasta un estado de anasarca como parte de la manifestación del LUPUS eritematoso. Se reinicia nuevamente el enfoque terapéutico en la paciente pero ella evoluciona mal, esta segunda hospitalización en el área de medicina interna a pesar del manejo médico hecho en la sala de medicina interna, no evoluciona adecuadamente y el motivo por el cual la paciente llega es por un proceso infeccioso en la piel y por falla respiratoria aguda que obliga a que la paciente y empeoramiento de la función renal que obliga a que la paciente sea manejada en cuidado intensivo con ventilación mecánica invasiva, es decir paciente dormida, intubada, posteriormente requiere soporte de hemodiálisis, manejo específico para la infección y posteriormente hace patologías o problemas relacionados con una alveolitis hemorrágica por lupus de tal manera que con relación a la pregunta inicial su señoría, la paciente DARLY tenía compromiso renal, hematológico, pulmonar y una entidad que se asocia a todos estos fenómenos síndrome de insuficiencia cutánea que fue este estado de edema persistente, de retención de líquidos en su piel que aumenta el riesgo de infecciones a nivel de la piel. (...)PREGUNTADO: ¿A folios 23 y ss... del cuaderno principal 1 obra la copia de la historia clínica donde se indica que a la paciente se le prescribe inmunoglobulina, puede indicar el motivo de esa prescripción? CONTESTO: Si, se hizo por un colega que pasó revista ese fin de semana en cuidados intensivos. Esta inmunoglobulina fue formulada el día 25 de enero, es decir 2 días después del ingreso a la unidad de cuidados intensivos, es decir la paciente ya venía con los diagnósticos de insuficiencia renal con cuadro de oligoanuria esto quiere decir que la paciente no estaba orinando, fuera de eso tenía un estado de retención de líquidos y de edema, tenía una infección en la piel y en vista de que ya había recibido una serie de tratamientos específicos para el LUPUS, que como se dijo ya para el mes de diciembre había recibido ciclofosfamida y Metilprednisolona, se consideró ese fin de semana en particular que la inmunoglobulina pudiera ser y con esto quiero hacer aclaración en relación a la circunstancia que la inmunoglobulina pudiese ayudar o ser coadyuvante, mejor, en el tratamiento de esta paciente, se formuló la inmunoglobulina considerando que es una paciente por definición inmunodeprimida por su contexto a la enfermedad lúpica, por el tratamiento que estaba recibiendo y que como una posibilidad terapéutica la inmunoglobulina pudiese ayudar a modular el proceso inflamatorio. Sin embargo, dejo claridad de que la

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

prescripción de inmunoglobulina no tiene nada que ver con frenar el proceso de la enfermedad primaria como el LUPUS. La paciente recibió dos ciclos de inmunoglobulina pero posteriormente hubo dificultades administrativas en la consecución y ciertamente por decisión de coordinación de cuidado intensivo en este caso por decisión mía como coordinador, ordeno la suspensión de la inmunoglobulina con fundamento en los hechos de que (i) la inmunoglobulina no iba a afectar el curso como tal de la enfermedad, fuera de eso la inmunoglobulina tenía en esta paciente algunas contraindicaciones no absolutas pero si relativas para su uso como es el caso que estaba cursando con una insuficiencia renal oligoanurica, es decir la paciente no estaba orinando la cantidad suficiente y la inmunoglobulina aporta un incremento importante y que no era conveniente una sobrecarga de volumen en esta paciente, y basado más que todo en el hecho de que la inmunoglobulina no estaba soportada en las guías o recomendaciones médicas para el manejo del LUPUS de esta paciente. (...)PREGUNTADO: ¿En la historia clínica se ordena solicitar plaquetas, indique cuál era la finalidad para considerar que la paciente necesitaba las plaquetas? CONTESTO: Una de las manifestaciones que se ve con cierta frecuencia es el compromiso hematológico y la trombocitopenia es una manifestación del compromiso hematológico. Trombocitopenia hace alusión a la disminución en el recuento de plaquetas por milímetro cúbico de sangre. Asumiendo como valor normal 150.000, nuestra paciente DARLY tenía plaquetas muy por debajo de ese valor y algunas veces estuvo por debajo de valores de 20.000. Aquí hay que aclarar que en los momentos iniciales y en los momentos de evolución de la historia si bien se resalta que la paciente estuvo trombocitopenica, nunca tuvo evidencia de sangrado que afectase agudamente su vida. Cuáles son los sangrados que afectan agudamente la vida y obligan a un manejo inmediato de transfusión de plaquetas: sangrado gastrointestinal y sangrado en sistema nervioso central o alguna otra manifestación importante de sangrado. En esta paciente no había esa connotación de sangrado inminente que afectara su vida de forma aguda como sangrado intestinal o un sangrado en sistema nervioso. De tal manera que se obliga a transfundir plaquetas siempre y cuando estas estén por debajo de 5.000 – 10.000 en ausencia de sangrado o por encima de 10.000 cuando hay sangrado. Aquí se ordenaron plaquetas una por motivo fundamental y era que la paciente necesitaba la inserción de un catéter de hemodiálisis para conectarla a una máquina de diálisis y como tenía un número de plaquetas bajo, requería la transfusión de plaquetas para poder insertar el catéter de manera segura. Esta transfusión si bien hubo dificultades en su momento por daño en la máquina centrífuga del banco de sangre, si se logró transfundir 6 unidades de plaquetas. Ella recibió un primer pull de plaquetas el 26 de enero del 2013 (6 unidades de plaquetas) que fueron parte de la colocación del catéter de hemodiálisis. Posteriormente, recibió otro pull, otras 6 unidades de plaquetas el día 12 de febrero que se administraron porque había un recuento bajo en el número de plaquetas. La paciente no recibió más plaquetas en el tiempo de estancia en cuidado intensivo más allá de las fechas manifestadas.

Expediente: 19001-33-33-006-2014 00083-00
Demandante: HECTOR ORLANIDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

PREGUNTADO: ¿A folio 30 la historia clínica con fecha 18 de febrero de 2013, obra anotación pendiente consecución de plaquetas, entonces si bien se admite por parte del hospital el suministro de 2 pull de plaquetas, en la historia clínica se deja constancia que tenía pendiente otras plaquetas, entonces cuál era esa necesidad que se registrara en la historia clínica, la falta de las mismas? CONTESTO: Porque dentro de la enfermedad lúpica estábamos observando consumo el recuento de plaquetas, es decir se le estaban administrando las plaquetas pero la enfermedad lúpica estaba atacando esas plaquetas y las estaba disminuyendo en sangre. El ataque inmunológico de anticuerpos o auto anticuerpos generados por el lupus hacía que la vida de las plaquetas durase menos que lo normal, en este caso para una población normal la medida media de las plaquetas va alrededor de 7 días y para un paciente con ataque lúpico dirigido contra las plaquetas pues eso ocurre en menor tiempo. De tal manera que se tenía la necesidad por lo menos de asegurar que esta paciente tenía pull de plaquetas disponibles para suministrarlas en el momento en que identificáramos una condición de riesgo debido a una caída crítica de las plaquetas. Debo decir que si había dificultades desde el punto de vista técnico administrativo para la garantía permanente de las plaquetas por parte del HUSJ porque para esa fecha el banco de sangre tenía una dificultad en relación a un daño de la máquina centrífuga que es con la que se maneja de manera más rápida la obtención de plaquetas y las plaquetas se estaban obteniendo de manera manual o artesanal, las plaquetas que se dispensaron por el banco de sangre se obtuvieron por técnicas manuales. El hospital hizo la gestión permanente a través de la entidad de salud de la paciente que si no estoy mal era Selva Salud. En todo caso, si reza en la historia y en las notas de cuidado intensivo que ante la dificultad institucional para la garantía de las plaquetas se solicitó y se envió a la entidad responsable del pago, hiciera o tomara papel dentro de la gestión administrativa para garantizar las plaquetas, de igual manera se le hizo remisión integral a la paciente como también lo reza la historia clínica, si no estoy equivocado con fecha del 23 de enero del 25 enero tan pronto llegó la paciente se hizo gestión integral de remisión, dadas las dificultades que teníamos para el momento para la consecución inmediata de plaquetas o su garantía de consecución. Se brindó el proceso de gestión y a la par se hizo la gestión, uno para remisión integral y otro por la EPS para conseguir las plaquetas en otra instancia.

PREGUNTADO: ¿Vuelto del folio 30 se habla que la paciente tenía un pronóstico reservado – pendiente de la consecución de las plaquetas por la condición crítica, entonces había una necesidad apremiante en el suministro de plaquetas debido al estado crítico de la paciente? CONTESTO: Si, pero no necesariamente por una situación activa de sangrado. Los registros que tenemos de laboratorio muestran que en general el número de plaquetas de la paciente permanece en general por encima de 20.000 plaquetas. En los últimos 3 días la paciente aparece con 16.000, 21.800 y 23.100 plaquetas, de tal manera que la necesidad de las plaquetas era más que todo frente a la posibilidad de prever una manifestación de sangrado mayor o agudo que se pudiese

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

presentar por el consumo de plaquetas por el mismo LUPUS. Pero por el registro que tenemos de los laboratorios realmente no existía una indicación absoluta con recomendación 1ª de una transfusión inmediata o continúa de plaquetas debido a que el número de plaquetas en términos generales permanecía por encima de 100.000 y no existía una connotación de sangrado que afectase la vida de la paciente como un sangrado intracerebral o un sangrado digestivo. Ciertamente la paciente estaba en un estado crítico en un proceso infeccioso, con una falla renal, con una falla respiratoria, requería soporte ventilatorio y por supuesto un manejo integral en cuidado intensivo. (...) PREGUNTADO: ¿Según la historia clínica a folio 407 también se solicitó además de las plaquetas, 5 dosis de caspofungina, usted puede indicar cuál era la prescripción de este medicamento, para qué servía? CONTESTO: Quisiera suministrar un poco más de datos de derivados de esta paciente. Dentro de la hospitalización en cuidado intensivo la paciente recibió 3 unidades de plasma como parte del manejo de su coagulopatía y se le garantizaron unidades de glóbulos rojos, desde el 22 de enero que hace el ingreso a UCI hasta el 9 de febrero la paciente recibió unidades de glóbulos rojos, si bien la dificultad primaria fue dada por la consecución de plaquetas, esta paciente si recibió durante su estancia el requerimiento de unidades de glóbulos rojos y de plasma fresco porque lo que veíamos más evidente era la caída de inmunoglobulina no mediada por sangrado activo sino mediada también por el ataque inmunológico que también ocurre contra los glóbulos rojos. Con relación a la pregunta específica de la caspofungina, DARLY recibió un ciclo inicial con terapia antimicótica, un medicamento específico que se llama fluconazol para terapia anticipada para infección por hongos en una paciente que estaba recibiendo un ciclo de antibiótico de amplio espectro que estaba inmunocomprometida por su enfermedad de base y que tenía una amplia posibilidad de tener infección por hongo como efectivamente se documentó tenía una infección llamada "candida albicans", recibió un ciclo completo de fluconazol pero en vista de que la paciente persistía en un proceso séptico, el servicio de Infectología, en este caso el Dr. SAMUEL MARTINEZ participa en las decisiones y considera que se debe cambiar el esquema de fluconazol a caspofungina. Se hace el trámite pertinente y se solicita con la institución el suministro de caspofungina. Debo decir que para el año 2013, la caspofungina era un medicamento que estaba fuera del POS, en ese contexto por tratarse de medicamento por fuera del POS no debe el hospital tenerlos dentro de su institución o como un stock en farmacia, de tal manera que una vez solicitada la caspofungina, administrativamente el hospital a través del servicio de farmacia hace las diligencias para la consecución del mismo. Al ser un medicamento NO POS, requiere pasar por un Comité Técnico Científico que aprueba la medicación y que el hospital tiene que conseguirlo porque no está expresamente en ese momento en la institución. Eso tarda unos días pero finalmente se le da dosis de caspofungina el 15 de febrero y posteriormente se garantiza su tratamiento recibiendo la dosis de mantenimiento los días 16, 17, 18, 19 y 20 de febrero de 2013. Es decir, hubo un poco de demora en la

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

consecución de las caspofungina pero luego del 15 de febrero que se arranca con la dosis de carga, se garantizó la continuidad del medicamento hasta el 20 de febrero.

Apoderada HUSJ

PREGUNTADO: ¿Manifieste si al momento del primer ingreso que usted refiere como diciembre de 2012 la paciente ingresó con un síndrome nefrótico? CONTESTO: Si, en la historia clínica hecha por medicina interna, al ingreso en el mes de diciembre se define que la paciente es portadora de un lupus eritematoso y que llega en el contexto de un síndrome nefrótico como manifestación de la enfermedad lúpica. (...)
PREGUNTADO: ¿Explique al despacho qué son las comorbilidades? CONTESTO: Se hace referencia a una afección en el estado de salud en el que el paciente además de padecer una enfermedad nosológica primaria, es portador de otras situaciones que afectan la salud y debilitan la condición de salud. Puede ser por ejemplo el hecho de un paciente que en el contexto de un evento agudo sea portador de otras enfermedades como un paciente adulto que sufre un evento traumático pero es portador de hipertensión o es diabético o enfermedad pulmonar o secuelas de enfermedad debilitante, es decir la carga de enfermedad que acompaña al paciente agudo, es lo que se define como comorbilidad. (...)
PREGUNTADO: ¿La paciente a su ingreso presentó comorbilidades y en qué consistieron las mismas? CONTESTO: Si había comorbilidades, aparte del diagnóstico de LUPUS dentro del mismo contexto de la enfermedad ella estaba condicionada a una condición de inmunosupresión por su enfermedad de base, tenía una hipoalbuminemia, esto es la albuminemia baja en sangre, es un marcador de malos desenlaces en el curso de la enfermedad. Los pacientes hipoalbuminémicos tienen peores desenlaces que los pacientes con albumina normal. De tal manera que la inmunosupresión, la albuminemia se consideran connotaciones de comorbilidad. (...)
PREGUNTADO: ¿A la paciente se le ordenó el examen de hemograma? CONTESTO: Durante todo el tiempo de estancia hospitalaria la paciente recibió o se le solicitaron múltiples hemogramas los cuales fueron realizados en el laboratorio del HUSJ. En los días de estancia de cuidado intensivo hay registro de hemograma casi diario hecho por el laboratorio del HUSJ. Hay una solicitud hecha por el servicio de hematología de un hemograma que se solicita en el laboratorio de la Universidad del Cauca. El hemograma por hematología requiere el pago del particular o requiere la autorización de la entidad responsable de pago pero no sucedió ninguna de las cosas pero la Universidad ofreció el hemograma automatizado.
PREGUNTADO: ¿Desde la solicitud de la caspofungina hasta el suministro del mismo cuánto tiempo pasó? CONTESTO: 48 horas, máximo 72 pero creo que fueron 48.
PREGUNTADO: ¿Si se hubiera suministrado la caspofungina inmediatamente y no dentro de las 48 horas siguientes, cuál sería el diagnóstico de la paciente? CONTESTO: No es fácil contestar esa pregunta desde el punto de vista médico y siendo tajante, no es una respuesta absoluta, se han hecho estudios y aporte desde el punto de vista médico científico. Hay

Expediente: 19001-33-33-006 2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

evidencia muy clara que el retraso del suministro de algún medicamento si está relacionado con el incremento en la mortalidad y sabemos que por cada hora de retraso si hay un incremento en la mortalidad pero con la terapia antimicótica para hongos el asunto no esta tan bien definido debido al comportamiento del hongo que se diferencia de la bacteria. Si bien el hongo invade el organismo su comportamiento es menos agresivo que el de una bacteria. Hay una publicación que dice que el retraso en el suministro de la caspofungina es un marcador de mortalidad sobre todo si su retraso es mayor a 72 horas. No se observó el retraso a un tiempo inferior de 72 horas. PREGUNTADO: ¿Por qué ordenó la suspensión de la inmunoglobulina? CONTESTO: El costo de la inmunoglobulina es muy alto, el HUSJ no la tenía en ese momento y se tenía que hacer un procedimiento administrativo para suministrarla. Se decidió retirarla porque demostrar una relación riesgo – beneficio, no estaba claro en esta paciente a la medicina basada en el momento no soportaba el manejo de inmunoglobulina a esta paciente. Además del exceso de líquidos de la paciente. (...) PREGUNTADO: ¿A la paciente se le determinó manejo médico paliativo y por qué razón? CONTESTO: Al final de la vida de nuestra paciente en vista de que pese a las intervenciones terapéuticas planteadas en la paciente, manejo de antibióticos soporte ventilatorio, no había una respuesta favorable, entonces entre otras cosas, DARLY estuvo todo el tiempo desde su ingreso, bueno la familia de DARLY desde su ingreso estuvo todo el tiempo informada de la condición médica delicada crítica de la paciente y estuvo en los momentos finales de su vida informada de la situación del pronóstico y de la pobre respuesta terapéutica. Ella estuvo desconectada del ventilador pero se tuvo que volver a intubar debido al empeoramiento de su condición pulmonar y finalmente se decide considerar un contexto de futilidad terapéutica y ofrecer más medidas de sedo analgesia. Fl. 378 el 15 de febrero se suministró caspofungina luego de solicitarse el 13 de febrero. PREGUNTADO: ¿Qué sucede si no se trata una infección? (...) CONTESTO: Si es una infección grave que el sistema inmunológico no controla, como en las enfermedades sistémicas, no hay duda de que la infección nicótica no tratada o generada por gérmenes resistentes pues tiene una connotación de incrementar la mortalidad. Los estudios hechos específicamente para candida por ejemplo, han mostrado que la candidemia tiene mortalidad del 40% en los pacientes que tienen cuidado intensivo. Es decir, una candidemia sistémica perfectamente tiene una condición inherente de mortalidad la cual puede ser mayor si no hay tratamiento, pero si hay incremento en la mortalidad en una enfermedad sistémica generada por hongo.

Apoderada LLAMADO EN GARANTÍA:

PREGUNTADO: ¿La causa de muerte de la paciente es atribuible a la no administración de los insumos o es a raíz de su patología de base? CONTESTO: Los dos medicamentos que se traen a cuestión como la inmunoglobulina y la caspofungina, no están relacionados cronológicamente y secuencialmente con empeoramiento de la

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

enfermedad de la paciente y con el curso de enfermedad de la paciente. La inmunoglobulina si bien se prescribió como una terapia de rescate, coadyuvante, no como terapia específica, no ha demostrado que su uso sobretodo su no usa, porque es mejor que tenga que ver con desenlaces fatales la evolución de la enfermedad. Con respecto a la caspofungina según lo que está registrado en la historia el retraso no está definido a más de 48-72 horas y tiempos menores a este no se han visto involucrados directamente en incremento de mortalidad, desde el punto de vista en manejo de cuidado crítico brindando el proceso de atención integral, la situación de muerte tiene que ver con la connotación propia de la enfermedad y manifestaciones del lupus. PREGUNTADO: ¿Fue determinante para el estado de salud de la paciente la no consecución de las plaquetas? CONTESTO: Directamente no. es estrictamente indispensable si el recuento de plaquetas cae por debajo de 10.000 o independientemente si hay un sagrado de plaquetas. La hemorragia pulmonar no ocurrió por trombocitopenia sino por alveolitis o inflamación del alveolo debido al lupus.

SAMUEL MARTINEZ BOTERO: Médico del Hospital Susana López de Valencia - Infectólogo

PREGUNTADO: ¿Informe si usted atendió a la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO? CONTESTO: Yo la atendí a raíz de una interconsulta que pasó el servicio de cuidados intensivos a Infectología para valorar la paciente en razón de un proceso infeccioso que tenía y de esa manera yo vi a la paciente, revisé su historia, revisé sus exámenes y di mi concepto de que la paciente requería tratamiento para una infección en ese momento por un hongo denominado candida albicans.

PREGUNTADO: ¿Podría decirnos cuál fue el concepto emitido por usted?

CONTESTO: Conceptué que el tratamiento antibiótico que tenía la paciente era adecuado y que se debía continuar con él tal como estaba propuesto por el Dr. Londoño en cuidados intensivos. Posteriormente en una interconsulta conceptué que en un medicamento donde estaba recibiendo el llamado fluconazol que no estaba funcionando en la paciente debía cambiarse por otro medicamento también dirigido al mismo proceso que se denomina caspofungina. PREGUNTADO: ¿Sabe usted desde que se ordenó el cambio de medicamento de fluconazol a caspofungina, cuánto tiempo tardó desde la orden hasta el suministro del medicamento a la señorita DARLY? CONTESTO: En ese entonces el medicamento caspofungina no figuraba en el listado de medicamentos POS, por lo que obligaba a hacer una solicitud de trámite administrativo para conseguirlo y generalmente ese término es de 48 horas. PREGUNTADO: ¿Es decir que a la paciente se le suministró la caspofungina después de las 48 horas?

CONTESTO: Si PREGUNTADO: ¿Desde la orden de caspofungina hasta el suministro, si el tiempo de 48 horas incide en el objetivo del tratamiento de la misma es decir que incidencia tiene esa distancia de tiempo?

CONTESTO: Es difícil establecerlo, lo que si es cierto es que estamos ante una paciente complicada por su enfermedad de base de lupus eritematoso, entonces es una paciente que tiene el sistema inmune

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

completamente alterado y que el medicamento ayuda en cierta manera a controlar el procedimiento infeccioso pero teniendo en cuenta que no tiene mecanismos de defensa apropiados el medicamento tampoco va a surtir mucho efecto. Entonces creo que el tiempo de suministro no haya tenido mucho que ver en su desenlace final. El desenlace final de esta paciente tiene que ver con su enfermedad. Esta paciente tiene una enfermedad muy severa de los que se ven pocos casos como el de ella en que la enfermedad afecta todo el organismo. Tenía compromiso hematológico, cardíaco, articular, renal muy severo y su sistema inmune completamente alterado por su enfermedad base.

JAIME EFRAÍN ENRIQUE ZARAMA: Nefrólogo del HUSJ

PREGUNTADO: ¿Usted atendió a la paciente DARLY MORALES?
CONTESTO: Si, específicamente el 10 de enero de 2013. PREGUNTADO: ¿De acuerdo al folio 36, cuaderno principal 1, se dice que ingresa con nefritis lúpica, qué es esto? CONTESTO: El Lupus es una enfermedad sistémica de origen auto inmune productora de anticuerpos que afecta todos los tejidos conectivos del cuerpo y entre otras como los riñones, usualmente, cerca del 60% de pacientes con lupus tienen compromiso renal y ese compromiso renal es un proceso inflamatorio generado por enfermedad inmune de complejo de anticuerpos que atacan el riñón en ese tipo de personas y que generan un proceso inflamatorio especialmente a través de unas de las estructuras que se llama el glomero y para darles el mensaje, nosotros tenemos 1 millón de nefronas en cada riñón, cada nefrona tiene dos partes una es glomérulo y corpúsculos, por lo tanto tenemos 2 millones de glomeros, por lo que el ataque principal de la nefritis lúpica es el glomérulo que es la estructura en la que se produce la filtración de la sangre y que permite eliminar las toxinas y esa es la función excretora que nos permite vivir en normalidad. En el lupus entonces se estructuran glomerular se afecta principalmente, aunque también puede el componente siguiente intersticial o vascular. Ese proceso inflamatorio se va a manifestar posteriormente a medida que se va ocurriendo con algunos síntomas clínicos y alguna alteración de las pruebas de laboratorio. (...) PREGUNTADO: ¿Cuáles son las manifestaciones de esa nefritis lúpica? CONTESTO: La nefritis lúpica una vez que inicia en la persona empieza a presentar unos de los síntomas es edema, se empieza a hinchar en términos sencillos se hincha la cara, los párpados, el resto del cuerpo y esa hinchazón se empieza a generalizar hasta llegar a un nivel que se llama hinchazón generalizada que se denomina anasarca. La otra manifestación es presencia de glóbulos rojos en la orina es lo que se denomina hematuria. El edema se puede documentar por formas de evidencia por la presencia de proteínas en la orina, aclarando que normalmente nosotros debemos porque tener ninguna eliminación de proteínas en la orina y en estas personas empiezan a presentar grandes cantidades y en esta paciente se presentó pérdida de 10.000 ml día y eso se documentó en fecha de la hospitalización de diciembre se documentó una proteína anuria de 3.500 ml en 24 horas y aumentó a 10.000 ml en 24 horas, atendiendo que

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

el ideal es el 0. Eso es una prueba ostensible de que la paciente tuvo un síndrome nefrótico que se evidencia por la presencia de proteinuria masiva en este caso el punto de corte es 3.5 gr en adelante en 24 horas y ella llegó a tener 10 gr en 24 horas. Esta paciente presentó compromiso nefrótico y nefrítico con mayor alteración de sus glomérulos lo que la llevo a una insuficiencia renal aguda. En la segunda hospitalización a partir del 9 de enero de 2013, de ahí en adelante se le hizo toda su atención de manera oportuna y seguimiento hasta su fase final cerca del 20 de febrero y durante ese lapso se documentó el compromiso renal crítico.

APODERADA HUSJ

PREGUNTADO: ¿La paciente al ingreso tenía compromiso multi orgánico? CONTESTO: Se observa que tenía antes el paciente. Se observa en la historia que ella ingresó el 21 de diciembre de 2012, donde había contado con la evaluación de reumatología que es una de las especialidades claves en el manejo de LUPUS, la otra especialidad clave es nefrología en el componente renal, con la base de medicina interna. En diciembre se documentó el compromiso cardiaco, compromiso de cerosas con derrame pleural y con ascitis a nivel del peritoneo. Para la hospitalización de enero desde el principio se encuentra compromiso hematológico, cutáneo y conforma el paciente con lupus eritematoso.

PREGUNTADO: ¿A la paciente le ordenaron el suministro de plaquetas? CONTESTO: Para la fecha de enero encuentro que hay una disminución de plaquetas pero también de los leucocitos que llegan a niveles de 1.900 cuando lo normal es de 5.000 a 10.000, plaquetas en enero llega a 9.000 que es la trombocitopenia es decir que tiene anemia y con inmunoglobulina baja y se denomina pancitopenica. (...)PREGUNTADO:

¿Comorbilidades se asocia al término compromisos multi orgánicos? CONTESTO: La comorbilidad hace parte del compromiso de multiplicidad de órganos, entonces el lupus es multi orgánico en su compromiso y en sus lesiones. Infecciones puede ser otra comorbilidad, edema pulmonar es otra comorbilidad, todo es un enfoque integral dentro del organismo de una persona. En diciembre llega la paciente con un compromiso renal evidente de síndrome nefrótico, esa es una comorbilidad. Tiene un compromiso de derrame pleural o sea pulmones con líquido en su interior dentro del espacio pleural, tiene también compromiso cardiaco que sería documentado con electrocardiograma en fecha de diciembre. Ya para el mes de enero se amplían al compromiso hematológico que es la pancitopenia, persiste compromiso cardiaco, persiste la parte renal, la parte de piel porque hizo lesiones de ulcera en piel que eso solo son puerta de entrada para las comorbilidades infecciosas y como ella ya no tiene defensas por los leucocitos tan bajos. PREGUNTADO: ¿Se determinó lo que se llama

manejo paliativo? CONTESTO: El manejo paliativo desde el punto de vista bioético es el momento en el que dentro de toda la interdisciplinariedad las ayudas múltiples de distintas especialidades, se llega a un momento en el que las medidas terapéuticas en su prolongación o en su persistencia verbigracia por ejemplo hemodiálisis

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

que la haga porque quiere darse con la terapia de la paciente hipotensa, se va a agravar el problema y generar una complicación que llevaría a la muerte por lo tanto en esas condiciones que no lo permite la ayuda dialítica uno plantea que debe seguir con manejo medico paliativo si persiste la lesión. PREGUNTADO: ¿Se brindó el tratamiento que requería la paciente conforme a los protocolos médicos y los recursos que se tenían? CONTESTO: Analizando la historia clínica desde que ella estuvo en Putumayo, en septiembre ella recibió un medicamento que se llama Metilprednisolona debido a la inflamación de las sedosas que había presentado para esa fecha en septiembre, ese manejo fue correcto. En diciembre, con la ayuda y la experiencia de reumatología deciden agregarle además los pulsos y la ayudan con pulso de Ciclofosfamida que es lo correcto dentro de los protocolos mundiales aceptados. Para el mes de enero ese medicamento debe continuarse 1 gr. O dosis ajustadas de acuerdo a la función renal siempre y cuando los leucocitos estén de 5.000 en adelante y como la paciente llegó con 1.900, los médicos tratantes no pudieron aplicar más Ciclofosfamida porque de aplicarse los leucocitos desaparecen y la paciente muere. Recibió desde el punto de vista renal, la terapia de hemodiálisis, justo por el tiempo necesario que fueron 18 sesiones.

Apoderada parte demandante

PREGUNTADO: ¿Para pacientes con lupus el hecho de no tratarle una infección qué consecuencias puede traer? CONTESTO: Puede llegar a provocar un paro de sepsis y un desenlace que puede ser fatal si no se trata. Ese caso no se aplica en la paciente porque desde el momento en que llega con las infecciones que presenta, se van haciendo los ajustes necesarios. (...) En el lupus no se tiene una causa, no es un cáncer pero es tratable siempre y cuando el compromiso no sea tan sistémico, por ejemplo lupus foco renal pero cuando hace foco en otros órganos, realmente en la ciencia se sabe que es una situación imposible de manejar a largo plazo y que lamentablemente a pesar de la edad tienen alta mortalidad haga lo que se haga o este donde este. Se llega a un límite y esto fue lo que sucedió con esta paciente.

CONTRADICCIÓN INFORME PERICIAL

En la contradicción del dictamen el perito hace una exposición de su dictamen y explica las razones de sus conclusiones. Efectuado lo anterior la apoderada de la parte actora procede a interrogar.

Es una paciente que padece LUPUS, es una enfermedad autoinmune la cual las mismas defensas afectan los diferentes órganos, en este caso de DARLY el compromiso era renal a nivel hematológico. Ella tuvo un descenso en las plaquetas. El LUPUS hace que los pacientes tengan anemia... pérdida importante de proteínas a través de la orina.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Esta paciente recibió un esquema de tratamiento específico para la enfermedad LUPUS, se llama ciclofosfamida más prednisolona son medicamentos para evitar que no se afecten más órganos.

La paciente consultó el 9 de enero de 2013, con dificultad respiratoria, tenía muchos edemas... supuraciones, fiebre, afectación en la frecuencia respiratoria, etc...

La paciente recibió un tratamiento antibiótico cefazolina, oxacilina y clindamicina.

La primera observación que yo hice es que normalmente la mayoría de infecciones son ocasionadas por el estafilococo que habita comúnmente en la piel que algunos seres humanos pueden ser portadores de él... entonces la primera observación es sobre la escogencia del antibiótico que está parcialmente correcta porque se omitió en los estafilococos resistente a unos antibióticos por lo que era necesario cubrirlo con otros...

A la paciente se le hicieron estudios adicionales... posteriormente a la paciente se le modificó el esquema antibiótico dejando sola la clindamicina lo que es llamado como monoterapia...

Ya para el 13 de enero presentaba flictenas que son unas ampollas en la extremidad, con mayor calor, con enrojecimiento... la paciente empeora muchísimo. Se cambió el manejo antibiótico pero ésta aún no lograba cubrir el estafilococo resistente que fue la primera observación que hice.

Esta paciente para el día 20 de enero continúa empeorando y ya se evidencia un tejido desvitalizado y eso indica que la infección sigue empeorando.

La paciente también padece hematuria que es la aparición de sangre en la orina y esto se da porque el conteo de plaquetas de la paciente era muy bajo.

Ya para el 25 de enero de 2013... la paciente presenta mayor compromiso de su parte respiratoria y ese mismo día la paciente es intubada... continúa con plaquetas muy bajitas, 6.000 es el recuento más bajo que tengo... la paciente continúa con muchos edemas, presenta una alteración grave en la función renal, la cual no elimina y se empezó diálisis el día 26 de enero. También se implementó un medicamento denominado inmunoglobulina que busca homologar las defensas...

Para el 30 de enero la paciente continúa con fiebre, continúa en malas condiciones... para el día 2 de febrero la paciente había tenido una mejoría para intentar retirar el ventilador, entonces se logra quitar el tubo, la paciente no toleró, persistió falla respiratoria... el paciente no

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

estaba en condiciones de quitar el ventilador y esto se da por muchas fallas, en primer lugar por la infección...

El 7 de febrero continúa con fiebre y en malas condiciones... el 14 de febrero la paciente presenta evento de paro por el poco aporte de oxígeno... la paciente clínicamente se sospechaba neumonía...

Considero que nunca hubo un manejo adecuado de este foco infeccioso y que a mi opinión es preponderante la escogencia de los antibióticos... se trató de una muerte evitable porque en un proceso infeccioso es importante la escogencia de los antibióticos a utilizar en estos pacientes... es una falla consecuencial en los órganos de la paciente que la llevan a la muerte como lamentablemente sucedió.

¿Cuál es la expectativa de vida con la sintomatología de la paciente DARLY NATALY?

El paciente por el resto de su vida puede vivir con la enfermedad con unos periodos de recaída... son pacientes que pueden vivir mucho tiempo pero con alteración en sus defensas...

¿Puede aclarar la parte en el dictamen en el que indica que el problema grave era una infección en tejidos en la extremidad derecha pese a estar el LUPUS...?

El Lupus es una enfermedad crónica que involucra las defensas en el sistema inmunológico cuando se presenta una infección ésta presenta unos desafíos en el manejo especiales porque tiene mayor impacto en una persona con lupus porque los medicamentos que se utilizan para tratar el lupus tienen que ver con las defensas precisamente... si se presenta una infección en un paciente con LUPUS, hay una desventaja en las defensas de este tipo de paciente con lupus frente a aquel que no presenta esta alteración.

¿Considera que el tratamiento que se le brindó a DARLY NATALY fue oportuno y adecuado?

Yo pienso que el tratamiento fue oportuno pero se quedó corto porque en estos casos la escogencia de antibióticos debe ser muy agresiva y hay que echarle mano a muchos antibióticos. Las infecciones de la piel son agresivas y tienen una bacteria muy maluca y peligrosa que es el estafilococo. El estafilococo lastimosamente en los últimos años se ha evidenciado que hace resistencia a muchos antibióticos, ejemplo puedo tener estafilococo pero puede ser sensible a un antibiótico pero resistente a otro, entonces ante la gravedad de un paciente con lupus, escoger dos antibióticos o tres, que combatan, por un lado, el que es sensible y el que es resistente porque yo debo ofrecer las dos alternativas porque no se tiene otra oportunidad de devolverse para establecer el antibiótico que si me sirve. Entonces, empíricamente, desde el principio

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

se debe escoger una gama de antibióticos que cubran la infección en la paciente.

Uno escoge varios antibióticos como alternativa, vancomicina fue el que en mi opinión el que faltó para combatir el nervio resistente. Entonces al no existir esta alternativa la condición de DARLY no fue mejor, fue empeorando y finalmente en una parte de la historia clínica que no entendí mucho, se quitaron los otros y se dejó la clindamicina sola la cual es muy buena en el tejido blando, o sea en la piel pero tiene el mismo efecto, cubre el sensible y en ocasiones las resistentes y las condiciones de DARLY empeoraron. Hubiese sido ponerle las alternativas a DARLY desde un principio y continuarlas con el tiempo hasta que sucedan una de dos cosas, que la paciente mejoró o que encontramos algún cultivo de alguna parte y creció un nervio sensible o creció de otra parte, entonces en ese momento tenemos un argumento de poder para modificar los antibióticos pero como en este caso eso no sucedió, tenemos que seguir basándonos en lo más grave. La clindamicina sola se queda sola en una paciente tan grave más cuando tenía plaquetas tan bajitas, entonces surgió un empeoramiento.

¿Considera que el deterioro progresivo de órganos de DARLY NATALY sea exclusivo por el lupus o causa directa de la lesión o sepsis severa que ella sufría?

Se suman las dos variables, que se trata de un paciente con lupus y una infección severa. Cuando un paciente empieza en cuidados intensivos uno siempre desde el principio mide el riesgo de morir en el paciente. En este punto son importantes las enfermedades crónicas. Entonces, en un paciente de 24 años con lupus y otro de 24 años sin lupus, el puntaje necesariamente le va a dar más alto, cuando uno hace ese análisis, uno se da cuenta que es una paciente que necesita cuidados especiales y el médico debe ser muy agresivo en las decisiones, es decir, tiene que jugársela toda con el tratamiento desde el principio porque estos pacientes no dan ni segundas ni terceras oportunidades. Entonces, DARLY es una paciente que plantea unos retos especiales que tiene lupus, una enfermedad crónica que afecta las defensas en mucho más puntaje.

¿Si se hubiera brindado el tratamiento como usted indicó, se hubiera podido controlar la infección?

Lastimosamente en la medicina no existen comportamientos matemáticos en los desenlaces... para la mejoría se deben cumplir varios requisitos i) antibióticos correctos desde el principio y es una escogencia concreta que aborde todas las posibilidades hipotéticamente hablando; ii) combatir la infección de forma temprana, **los más expedito posible... si me manejan en la primera hora, hay una posibilidad más alta de sobrevivir que si sucede al día siguiente o esa misma semana... entonces, no puedo asegurar si DARLY hubiera salido**

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

viva, pero si se hubieran cumplido determinadas variables como las que menciono, las probabilidades hubieren sido mucho mayores.

¿El consumo progresivo de plaquetas se da por el lupus o por la infección?

Se da por las dos cosas, el lupus afecta las plaquetas dentro de su misma entidad. Pero cuando tengo infección las plaquetas tienden a disminuir más, la infección me va a afectar el recuento plaquetario y llevar a niveles tan bajos como llegó DARLY en 6.000, quien presentaría sangrados.

¿El no suministro de plaquetas afectó negativamente la salud de DARLY NATALY?

No tengo evidencia clínica de que DARLY tuviera un sangrado diferente al sangrado de la orina y al sangrado gastrointestinal, pero se afecta relativamente el desenlace, sin duda... entonces en NATALY si puede afectar eso.

¿Fue adecuada la ventilación mecánica?

La paciente este en un estado completamente despierta, un estado neurológico muy bueno, una presión arterial muy buena, que tenga una oxigenación muy buena... yo veo que las plaquetas siguen descendiendo... a ella le quitan el tubo. Qué puede pasar cuando le quitan el tubo y no está lista, que va a fallar y DARLY necesito este intubado nuevamente. Se evidenció con la radiografía de tórax un colapso pulmonar que es que se desinfló un lado del pulmón y va a requerir ese apoyo mecánico de ventilación.

Es fundamental el uso de antibióticos, así tenga que utilizar 3 o 4 antibióticos o más, tengo que cubrir desde el principio todas las hipótesis posibles, incluyendo nervios sensibles y resistentes. No se puede olvidar el diagnóstico de la paciente, no es lo mismo atender a DARLY que tenía LUPUS que atender a "fulana o a zutana" que tenía hipertensión, no fue un manejo inapropiado sino un manejo incompleto y entonces cualquier análisis debe ser muy agresivo desde el principio.

Aquí no teníamos el aislamiento de los gérmenes. En una infección usted encontró un germen, puede ser una muestra de tejido y si usted tiene el nombre del germen se le facilita la escogencia del antibiótico pero otro escenario con la infección suponemos la causa pero usted no sabe cuál es el germen entonces tiene que basarse en hipótesis... Yo no noté que la situación de DARLY haya mejorado se pudieron sumas más antibióticos.

¿El 9 de enero de 2013, se puede decir que estábamos ante una sepsis severa?

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Si, considero que si estábamos ante una sepsis severa. Se trata de una paciente que estuvo hospitalizada 10 días hasta 31 de diciembre de 2012, por una enfermedad que se llama síndrome nefrótico y anasarca y recibió ciclofosfamida y que recibió prednisolona, entonces es una paciente que los medicamentos le van a alterar sus defensas.

La frecuencia cardiaca llegó en 120, la frecuencia respiratoria en 29, tenía fiebre, una congestión pulmonar, plaquetas bajas, vino con unos hallazgos que involucraba varios órganos; el riñón, la piel, etc.

¿Usted habla del tema de la escogencia de los antibióticos a partir de una hipótesis, en esa perspectiva como se puede establecer si una hipótesis es equivocada, ya que el cambio de los antibióticos fue por varios días seguidos y no se aplicó uno y se esperó por otro por mucho tiempo?

Las guías internacionales de las infecciones se van actualizando, entonces existe un concepto fundamental en el manejo de las infecciones que es el tiempo y la etiología que es encausar la infección. Usted nota que los cambios se hacen en periodos cortos de tiempo, es decir en cuestión de días o de horas y eso es justamente lo que pasó. Lo que pasa es los pacientes graves evolucionan en horas. En cuidados intensivos se juegan con unas hipótesis porque los pacientes cambian en cuestión de horas y en este caso que es difícil tiene que sacar lo mejor que tiene desde el principio.

Entonces, cuando hay una infección grave no se puede olvidar que paciente estamos manejando, se trata de DARLY NATALY que recibió ciclofosfamida, recibió prednisolona, entonces se debe sacar todo el armamento desde el principio, entonces esas hipótesis juegan desde el principio y se hace para garantizar el éxito.

Todos los antibióticos tienen un efecto adverso pero hay que ver la causa, entonces, un paciente de lupus con neumonía, se aplica este, uno con otra falla, aplico este. Entonces se juegan todas las cartas desde el principio.

3.4.2 LA TACHA DEL TESTIGO

En audiencia de pruebas la apodera del HUSJ interroga al señor CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS si tiene una demanda de nulidad y restablecimiento del derecho en contra del HUSJ? Ante lo cual el testigo contesta en forma afirmativa. Con fundamento en ello la apoderada del HUSJ formula tacha del testigo al considerar que es imparcial o no neutro en tanto tiene una demanda contra el HUSJ,

Al respecto, el artículo 211 del C.G.P., norma aplicable en el presente asunto, dispone que:

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

"Cualquiera de las partes podrá tachar el testimonio de las personas que se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencia, sentimientos o interés en relación con las partes o sus apoderados, antecedentes personales y otras causas. La tacha deberá formularse con expresión de las razones en que se funda. El juez analizará el testimonio en el momento de fallar de acuerdo a las circunstancias de cada caso".

La tacha es un cuestionamiento que se realiza respecto del testigo, bien por sus calidades personales, bien por sus relaciones afectivas o convencionales con las partes, de modo que su declaración pueda estar influenciada por elementos ajenos a su simple percepción, lo que lo torna en "sospechoso".

Son fundamentos de la tacha, i) la inhabilidad del testigo, las relaciones afectivas o comerciales, iii) la preparación previa al interrogatorio, /y) la conducta del testigo durante el interrogatorio, y) el seguimiento de libretos, vi) la inconsonancia entre las calidades del testigo y su lenguaje y vii) la incongruencia entre los hechos narrados.

La tacha se formulará en la audiencia respectiva y se resolverá en sentencia, a menos que se trate de una inhabilidad, caso en el cual se deberá resolver inmediatamente.

Al respecto el Consejo de Estado, en sentencia del 17 de enero de 2012, indicó que los motivos de la tacha del testigo se analizarán en la sentencia, sin embargo, la tacha no implica que la recepción y valoración de esta prueba se torne improcedente, *"sino que exige del juez un análisis más severo para determinar el grado de credibilidad que ofrecen y cerciorarse de su eficacia probatoria"*¹⁵.

En el presente asunto se tiene que el señor CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS fue citado a la audiencia de pruebas como testigo que para la fecha de los hechos desempeñaba el cargo de Subdirector Científico del Hospital Universitario San José de Popayán. Indicó ser médico general con estudios en administración hospitalaria y en auditoría de la calidad con énfasis en epidemiología la cual investiga el origen y futuro de las enfermedades.

Dentro de sus funciones mientras desempeñó el cargo de Subdirector Científico señaló que tiene la función de garantizar la prestación de servicios en el tercer nivel de complejidad para los pacientes que acceden al servicio de consulta externa, por urgencia y por hospitalización en cuidados intensivos, además, tiene que garantizar la existencia del personal que preste los servicios de salud, la existencia de los medicamentos, insumos y de los equipos a que haya lugar para prestar el servicio de salud, asimismo preside los Comité Técnico

¹⁵ Sentencia del 17 de enero de 2012. Consejo de Estado. Sala Plena de lo Contencioso Administrativo. C.P. Carmen Teresa Ortiz de Rodríguez. Radicación No. 110010315000 201100615 00.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Científicos, de infecciones, de ética médica y el Comité de docente asistencia.

En el expediente, se encuentran unas actas que fueron suscritas, entre otros, por el Subdirector Científico del Hospital San José, a saber; a folios 4 a 14 del cuaderno de pruebas obra copia del acta número 13 del 16 de diciembre de 2013 – Acta del Comité de Conciliación y Defensa Judicial, presidida por el Subgerente Administrativo y Financiero, Subgerente Científico y el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica y como invitado el Abogado Externo Contratista del HUSJ. En dicho comité se decidió no presentar fórmula conciliatoria dado que no hay un nexo de causalidad entre la muerte de la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO y el tratamiento asistencial brindado por el HUSJ, pero indicó que se evidenció una pérdida de oportunidad.

A folio 25-26 del cuaderno de pruebas obra un oficio suscrito por los médicos HECTOR FABIO LONDOÑO, GUMERSINDO RIVERA, JOSE LUIS VERHELST y CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, dirigido al abogado externo del HUSJ, en el que le manifestaron:

"Es evidente según consta en la historia clínica, la falta de oportunidad de algunos de los elementos solicitados a la paciente durante su proceso de atención en UCI..."

El objeto de administrar INMUNOGLOBULINA es el de modular la respuesta inmune y la cascada inflamatoria severa, presentes en esta paciente como consecuencia de su enfermedad de base y de su estado séptico. El nivel de evidencia científico frente a este supuesto es de clase II nivel b, lo que significa que la indicación proviene de un estudio único bien diseñado pero casi experimental y por lo tanto la recomendación para el uso no es completa y no se garantiza el efecto esperado. Es impredecible determinar las consecuencias del no uso del medicamento; si se puede decir que en su ausencia la enfermedad sigue su evolución natural y que su presencia no garantiza la inmunomodulación esperada.

*El concepto de **cándida resistente a los azoles** fue una sospecha eminentemente clínica, **no se practicó ningún laboratorio que demostrara esa resistencia**. Ante la sospecha clínica se decidió escalar en el espectro de tratamiento con un medicamento que brindara una mejor cobertura frente a la "cándida posiblemente resistente al fluconazol", este fue el objetivo de indicar la CASPOFUNGINA. No se pueden precisar las consecuencias de no suministrarlo pues la infección micótica resistente era un supuesto. En este supuesto, se esperaría por su falencia que la infección micótica progresará y se diseminará.*

Impredecible el efecto. En el contexto de un proceso infeccioso el 30% de la respuesta es inherente al antibiótico en sí o antimicótico para este caso. El otro 70% del éxito es dependiente de la condición inmunológica del paciente para responder a los medicamentos que se suministren

Expediente: 19001-33-33-006 2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

desde el principio, condición que en este caso no existía por lo avanzado de su deterioro clínico en razón a la enfermedad de base."

A folios 30-32 obra copia de un acta de fecha 13 de noviembre de 2011, en la que asistieron los médicos HECTOR FABIO LONDOÑO, GUMERCINDO RIVERA, YOLANDA BOTERO DE CASAS Y CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, para revisión de la historia clínica con el fin de establecer la conducta a seguir ante una solicitud de conciliación jurídica por praxis médica y manifestaron, entre otras consideraciones manifestaron:

"Es cierto que se necesitaba la inmunoglobulina; la paciente no desarrolla la sepsis por falta de medicamento, la paciente ingresó al Hospital con infección de tejidos blandos, desencadenó la descompensación aguda y finalmente la falla multiorgánica que llevó al fallecimiento de la paciente. Dado su severo estado inmunodepresión por la enfermedad de base. Debemos recalcar que la paciente recibió atención médico integral durante todo su proceso de hospitalización.

Sin embargo debemos aclarar que la mortalidad no es atribuible a la candidiasis exclusivamente. En esta paciente suman varios factores de mal pronóstico como son: enfermedad de base, inmunosupresión relacionada a la enfermedad y al tratamiento (paciente portadora de lupus eritematoso sistémico en tratamiento crónico con corticoides) presencia de sepsis severa, disfunción de múltiples órganos y poca reserva fisiológica, definida por la cronicidad de su patología de base y compromiso multi orgánico. Lo que claramente comprometía a futuro su calidad de vida y pronóstico."

Finalmente, en la audiencia de pruebas, el testigo que fue tachado, CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, señaló:

"CONTESTO: El caso es de una paciente que presentaba un lupus eritematoso sistémico que había estado hospitalizada el año anterior a los hechos por descompensación de problemas renales secundario al lupus, estuvo en tratamientos inicialmente con esteroides y en diciembre se le dio un tratamiento inmunosupresor con un medicamento que no recuerdo y respondió muy bien a ese tratamiento y se le dio de alta para que pasara el fin de año con los familiares. Posteriormente, ella llegó descompensada nuevamente en el mes de enero y fue aquí donde se presentaron varias situaciones, inicialmente en su momento fue que el hospital no pudo garantizar plaquetas, la caspofungina que usted manifiesta, la inmunoglobulina y unos exámenes que le mandó el residente en reumatología a la paciente en cuestión. PREGUNTADO: ¿Teniendo en cuenta lo que usted recuerda del tratamiento de la paciente DARLY, teniendo en cuenta que yo le leí solamente sobre la caspofungina y usted me habla de plaquetas y la inmunoglobulina, indique como recuerda esos datos que se consignan en esta acta? CONTESTO: Esa fue una situación bastante compleja porque los médicos tratantes estaban muy molestos y el subgerente científico es el

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

responsable de recibir las quejas peticiones y reclamos de todo el personal, incluido el personal especialista y sub especialista. Recuerdo porque por ese caso se resolvieron dos problemas que venía cargando el hospital hace algunos años, un caso, las plaquetas, no había disponibilidad de hemoderivados en el hospital para esa época, porque hacía más de un año que la centrifuga (es un aparato que da vueltas y separa los componentes de la sangre), estaba dañado y llevaba más de un año y no se había hecho arreglar ni comprar una nueva centrifuga, hubo varias dificultades en el proceso de la compra porque en principio la máquina costaba 40 millones de pesos y debido a los trámites administrativos, la máquina después del caso de DARLY se terminó comprando en 110 – 120 millones de pesos, entonces hubo unas situaciones con control interno que entró a hacer las respectivas investigaciones entonces fue después del caso de la paciente que se compró la máquina. Y el segundo caso es que el hospital inmerso en el convenio 0200 del año 2004 – 2005 con el Min. Salud, Planeación Nacional y el Min. Hacienda. Ese convenio por medio del cual se reestructuró el HUSJ, el HUSJ se obligaba para con el Min. Salud tener contratado el servicio de hematología desde el año 2005 y no fue hasta que se presentó este caso que en el HUSJ se contrató a los hematólogos que hay en del Departamento del Cauca, antes no había servicio de hematología contratado entonces por eso recuerdo bien que rodeaba el caso de la paciente. PREGUNTADO: ¿Usted cuándo dice de forma inmediata, no se le pudieron brindar de forma inmediata o hasta que la paciente estuvo en la institución? CONTESTO: Recuerdo que el problema tenía que ver con plaquetas, con el medicamento caspofungina de este se alcanzaron a colocar dos dosis y de la inmunoglobulina una de las dosis. De las plaquetas no recuerdo si se le colocaron o no. Como la centrifuga estaba dañada se realizó un contrato de suministro de plaquetas con la Clínica La Estancia. Ese contrato fue desde antes del caso de DARLY. Hasta la atención de la paciente no existía servicio de hematología, fue ya unos meses después que se contrató ese servicio al Dr. Franklin Correa y Carlos Cuellar. **El protocolo para los pacientes hospitalizados no se le pide a la EPS que consiga el medicamento e insumos que requiere el paciente, ya que la IPS está en la obligación de proveer lo que el paciente necesita para el tratamiento.** Entonces si ese proceso se hizo, no fue a través de la subgerencia científica porque no hace parte del procedimiento. PREGUNTADO: ¿En algún momento recibió autorización para el ingreso de un médico particular? CONTESTO: No, en ningún momento. PREGUNTADO: ¿Cuál fue la posición del Dr. Sarria en el comité de conciliación cuando se dijo que había una pérdida de oportunidad? ¿Por qué 4 de los servicios médicos requeridos y prescritos por los médicos tratantes no se le brindaron a la paciente? ¿Por qué no se le suministró la inmunoglobulina a la paciente, y qué importancia tenía esta para la mejoría de la salud de la paciente? CONTESTO: Creo que se alcanzó a dar una dosis, en su momento no se le puso porque el HUSJ no contaba con la inmunoglobulina. El objetivo de la inmunoglobulina era tratar de salvar a la paciente de su estado de deterioro que tenía, como dije anteriormente, en el mes de diciembre antes de darle salida a ella se le dio un medicamento de mucha menor

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

capacidad o de baja gama y la paciente respondió y con la inmunoglobulina se esperaba que respondiera mucho mejor. PREGUNTADO: A folio 64, en el análisis clínico dice: ahora con trombocitopenia para la cual se solicita la consecución de plaquetas, en diferentes folios 163 -170, 184, 191, 198 y 205, aseguran que presenta sangrado, se describe que tipo de sangrado, quisiera saber si las plaquetas era para evitar este sangrado, sí o no? CONTESTO: El objetivo de poner plaquetas en cualquier paciente es evitar el sangrado y complicaciones secundarias al sangrado. Las plaquetas son las células del cuerpo que se encargan de evitar que una sangre cuando se corta o cuando o cuando se golpea o sea se encargan de hacer la barrera para que la sangre no se salga de los vasos. PREGUNTADO: ¿Dentro del acta que usted suscribe indica que la transfusión de plaquetas es preventiva, me puede decir porque en ese caso no se suministraron las plaquetas requeridas en la historia clínica? CONTESTO: Desconozco si lo que está leyendo está en el acta del comité técnico científico, sin embargo la paciente si necesitaba plaquetas pero el hospital no contaba con ellas. PREGUNTADO: ¿Se dice que requería plaquetas por la trombocitopenia que presentaba, ellas de carácter preventivo, puede decir cuándo son preventivas y cuándo son necesarias? CONTESTO: Se dice que es preventivo cuando se pone antes de que suceda un evento, cuando las plaquetas están bajas entre 150.000 y 300.000 plaquetas es lo que debemos tener en nuestro organismo y si están por debajo de 100.000 ya el cuerpo está expuesto a sangrar fácilmente y en ese momento cuando se analizó la historia clínica y se dijo que era preventivo era porque las plaquetas estaban por debajo de ese 100.000 y lo que se buscaba era llevarlas a zonas seguras porque la paciente no sangrara. Y por otro lado, se ponen las plaquetas como tratamiento ya cuando la paciente empezó a sangrar. Creo que la paciente en una nota de terapia respiratoria había presentado sangrado. PREGUNTADO: ¿Respecto a hematología, se dijo que no se tenía un concepto de hematólogo para explorar otras posibilidades diagnósticas y terapéuticas pero gracias al convenio docente asistencial este se obtuvo, entonces qué tipo de mecanismo es este convenio y si equivale al concepto o a la valoración dada por un hematólogo que fue lo que se requirió? CONTESTO: Yo no recuerdo si el hematólogo estaba pero el hecho de que el estudiante de residencia valore el paciente eso no reemplaza la valoración del sub especialista porque el estudiante está haciendo su especialización en medicina interna mientras que el hematólogo es un especialista en medicina interna que ya estudió 3 años y en hematología para dedicarse solo al tema de la sangre. Entonces, el concepto del estudiante no es válido a la luz de la Res. 1995 de 99 si el hematólogo no ratifica la valoración que el estudiante hizo. PREGUNTADO: ¿Por qué era importante la valoración de un hematólogo en el caso de DARLY NATALY? CONTESTO: Porque estaba siendo valorada por el médico internista que tiene algunas bases en hematología y la paciente no había respondido adecuadamente, seguía estando trombocitopenica y como dije hace un rato no recuerdo si se le puso las plaquetas para mejorarle, lo que presumo es que el hematólogo necesitaba que diera nuevas luces de tratamiento a una

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

paciente que no estaba respondiendo a los tratamientos del hospital. PREGUNTADO: ¿Frente a la caspofungina, por qué su importancia y por qué no se suministró? CONTESTO: En este caso se pretendía erradicar una infección, si no se trata adecuadamente una infección puede llevar a la muerte a la falla de todos los órganos y la muerte. Si se trata de reemplazo de un medicamento que en ese caso era el fluconazol que no había funcionado, entonces el objetivo de la caspofungina era erradicar un hongo de una infección que en ese caso era la candida para seguir el tratamiento con menos problemas. PREGUNTADO: ¿A la familia de la paciente le corresponde ir a una EPS a conseguir unos medicamentos que no están en UCI? CONTESTO: No, como dije anteriormente ese tipo de procedimientos no son legales, la carga administrativa del tratamiento es al hospital a quien le corresponde y si eso se hizo, en ningún momento pasó por subgerencia científica, es decir que no conocí de dicho trámite. PREGUNTADO: ¿Considera usted que en el tiempo que DARLY NATALY estuvo hospitalizada en el HUSJ se dejaron de prestar servicios? CONTESTO: Lamentablemente si se dejaron de prestar algunos servicios que la paciente requería y que buscaban salvarle la vida. PREGUNTADO: ¿Usted fue médico tratante de la paciente DARLY NATALY? CONTESTO: No. PREGUNTADO: ¿Usted diligenció la historia clínica de DARLY NATALY? CONTESTO: No. PREGUNTADO: ¿Sabe qué médico prescribió la inmunoglobulina? CONTESTO: El médico tratante es el de turno pero no recuerdo cuál de los médicos fue. Cualquiera de los médicos de turno puede ordenarle el suministro. PREGUNTADO: ¿La inmunoglobulina se le dejó de suministrar por orden o prescripción de otro profesional médico? CONTESTO: Cuando se analiza la historia clínica en ningún momento se habló de la suspensión de un medicamento, ahora, para que un médico suspenda la orden de un medicamento esto debe ser consignado y sustentado científicamente en la historia clínica. PREGUNTADO: ¿Un residente actúa solo o bajo la supervisión de un especialista? CONTESTO: El residente debe estar bajo la supervisión del especialista y en este caso de acuerdo a lo que dice el acta da la impresión de que el especialista nunca estuvo en contacto con el paciente."

Ahora bien, de acuerdo al fundamento legal y jurisprudencial planteado en precedencia sobre la tacha por sospecha del testigo, y escuchada la declaración del señor CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS en la audiencia de pruebas, encuentra el despacho que esta no puede ser tildada de sospechosa, por el solo hecho de que el testigo tenga un proceso en contra de la entidad demandada en la que laboró como Subgerente Científico para la fecha de los hechos de la demanda, por cuanto el declarante puede aportar los conocimientos que respecto del cargo que ejercía es decir sobre las funciones administrativas que le competían como subdirector y por tanto el despacho realizará una valoración probatoria con mayor severidad, confrontando sus afirmaciones o con los otros medios probatorios en este caso la historia clínica y los testimonios de los médicos que atendieron a la paciente y realizaron la observación clínica de la misma.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Se itera a juicio del despacho la declaración resulta útil para conocer las razones de la demoras en el suministro de los medicamentos y demás servicios así como de los trámites administrativos que le competían al hospital y a la EPS a la cual pertenecía la paciente.

Sin embargo el despacho, de acuerdo con los principios de la sana crítica el Despacho dará mayor crédito probatorio en lo que tiene que ver con el tratamiento dado a la paciente a los galenos que la atendieron en razón a que fueron ellos y no el Subdirector científico quienes hicieron el abordaje clínico de la misma y son los especialistas idóneos en la materia.

Con las presiones anotadas, no prospera la tacha por sospecha del testimonio rendido por el médico CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS.

3.4.3 DEL DAÑO ANTIJURÍDICO Y EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD

Conforme a lo consagrado por el artículo 90 Superior, el Estado tiene el deber de responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas, lo que significa que son requisitos indispensables para deducir la responsabilidad a cargo de la entidad demandada: el daño antijurídico y la imputación¹⁶.

Debe entenderse el daño antijurídico como el detrimento, perjuicio, menoscabo, dolor o molestia causado a alguien, en su persona, bienes, libertad, honor, afectos, creencias, etc., suponiendo la destrucción o disminución de ventajas o beneficios patrimoniales o extrapatrimoniales de que goza un individuo, sin que el ordenamiento jurídico le haya impuesto a la víctima el deber de soportarlo, es decir, que el daño carezca de causales de justificación¹⁷.

De manera tal que *"la fuente de la responsabilidad patrimonial del Estado es un daño que debe ser antijurídico, no porque la conducta del autor sea contraria al derecho, sino porque el sujeto que lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar el perjuicio, razón por la cual se reputa indemnizable"*¹⁸.

La Corte Constitucional ha entendido que esta acepción del daño antijurídico como fundamento del deber de reparación estatal armoniza plenamente con los principios y valores propios del Estado Social de Derecho debido a que al Estado corresponde la salvaguarda de los derechos y libertades de los administrados frente a la propia

¹⁶ "En cuanto a la imputación, se exige analizar dos esferas: la fáctica y la jurídica; en ésta última se determina la atribución conforme a un deber jurídico, que opera de acuerdo con los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falta en la prestación del servicio, daño especial y riesgo excepcional.". Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección C. Consejero Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa. Sentencia del primero (1º) de junio de dos mil quince (2015). Radicación número: 680012315000199901505 01 (31412).

Consejo de Estado - Sección Tercera. Sent. del 27 de enero del 2000. M.P: Alier E. Hernández Enriquez.

- Sentencia C. 533 de 1996. Corte Constitucional

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

administración¹⁹. Igualmente ha considerado que se ajusta a distintos principios consagrados en la Constitución, tales como la solidaridad y la igualdad, y la garantía integral del patrimonio de los ciudadanos²⁰.

Según lo ha entendido y explicado la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, "imputar" - para nuestro caso - es atribuir el daño que padeció la víctima al Estado, circunstancia que se constituye en condición *sine qua non* para declarar la responsabilidad patrimonial de este último. La imputación del daño al Estado depende, en este caso, de que su causación obedezca a la acción o a la omisión de las autoridades públicas en desarrollo del servicio público o en nexos con él.

Al momento de la fijación del litigio, se estableció el problema jurídico en determinar la responsabilidad administrativa del Hospital universitario San José de Popayán, por los daños que se dice fueron ocasionados a la parte demandante como consecuencia de la atención médica prestada a la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO quien falleció el 21 de febrero de 2013 y estaba diagnosticada con LES LUPUS ERITEMATOSO SISTEMATICO. Igualmente, de la prosperidad de las pretensiones de la demanda deberá decidirse sobre el llamamiento en garantía.

En el escrito de la demanda la parte actora refiere que el presente asunto se trata de una falla en la prestación del servicio médico brindado a DARLY NATALY MORALES PATIÑO, en tanto la paciente llegó al HUSJ con una situación de salud preexistente de carácter grave pero con posibilidad de recuperación, recibió diagnóstico oportuno y acertado pero NO recibió todo el tratamiento establecido en los protocolos médicos para su diagnóstico, lo que la privó de la oportunidad de preservar su estado de vida por un periodo más largo y que la condujo a la muerte con pocos meses de tratamiento. Arguye que la entidad no le brindó los medicamentos prescritos en su oportunidad y cantidad prescritas por el médico, tales como la inmunoglobulina, ni las plaquetas requeridas, así como también se retardó en el inicio del tratamiento prescrito como de carácter urgente contra la infección. Por otra parte indicó que al carecer de médico especialista en hematología la paciente nunca fue valorada desde su ingreso hasta la muerte, lo que a su juicio le restó oportunidad de sobrevida.

Daño:

Es sabido que para que exista la responsabilidad se requieren dos elementos absolutamente indispensables y necesarios: el daño, y que mismo sea imputable al agente generador. Como hemos visto a lo largo de esta providencia, el daño lo constituye la muerte de la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO, que se encuentra acreditada con el registro civil de defunción que obra a folio 4 del expediente.

¹⁹ Sentencia C-333 de 1996. Corte Constitucional
²⁰ Sentencia C-832 de 2001. Corte Constitucional

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Se allegó al expediente, copia de la historia clínica elaborada por el Hospital Universitario San José de Popayán, por la atención médica brindada a la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO, con la siguiente anotación:

"Fl. 126:

Fecha: 20/02/2013 – 10:31 p.m.

Análisis clínico: Paciente en malas condiciones generales, con alteraciones severas y múltiples, no evolución hacia la mejora, quien desde ayer se decidió medidas de confort, con conocimiento de la familia, pronóstico ominoso.

Recibo paciente muy inestable suspendida la NE, solo pasando reducción, con respiraciones muy espaciadas, no se toman laboratorios se realizan las medidas de confort 24:50 paciente que fallece se informa al médico y a los familiares."

Constatado el daño, se procede a hacer la imputación entendida –de acuerdo con el profesor Juan Carlos Henao– como "la atribución jurídica de un hecho a una o a varias personas que en principio tienen la obligación de responder". La imputación, insistimos, se estructura luego de haberse descubierto el nexo causal²¹, y se realiza en principio, respecto de la persona que ha resultado causante del hecho generador del daño.

Antes de emitir un pronunciamiento sobre la responsabilidad estatal en la prestación del servicio de salud, frente a la ocurrencia de un resultado desafortunado, es preciso considerar sumariamente la naturaleza del acto médico y de la consecuente índole de las obligaciones que se derivan de su ejercicio.

Los presupuestos de la responsabilidad por falla médica son revisados actualmente bajo el régimen de la falla probada del servicio, en el cual no solo debe demostrarse la existencia de un daño, sino también su imputabilidad a la entidad que se demanda, así lo ha expresado el Consejo de Estado²² en su jurisprudencia de recientes años:

"En lo que tiene que ver con la imputación del daño, la Sala considera pertinente precisar que en el asunto sub iudice, el régimen de responsabilidad bajo el cual se deben analizar las obligaciones resarcitorias que eventualmente existan a cargo del Estado, es el de la falla probada del servicio, con las consecuencias probatorias que le son propias, tal y como se ha reiterado²³, en el sentido de precisar que "...

²¹ En este sentido el profesor E. García de Enterría, Curso de derecho administrativo, vol. II, Civitas, Madrid, reimp. 2003, p. 386, manifiesta: "En tal caso, la imputación de responsabilidad, en cuanto fenómeno jurídico, se produce automáticamente una vez que se prueba la relación de causalidad existente entre la actividad del sujeto productor del daño y el perjuicio producido".

²² CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA-SUBSECCIÓN B, Consejero Ponente (E): Danilo Rojas Betancourth, Bogotá D. C., veintiocho (28) de septiembre de dos mil doce (2012).

²³ Ver, entre otras las siguientes sentencias de la Sección Tercera del Consejo de Estado: de 10 de febrero de 2000, exp. 11878, C.P. Alir Eduardo Hernández Enriquez; de 31 de agosto de 2006, exp. 15.238, de 30 de

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

en la medida en que el demandante alegue que existió una falla del servicio médico asistencial que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización, ...deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y ésta..."²⁴. (Negritas del texto).

Sin embargo, a pesar del progreso en el ejercicio de la medicina, esta comporta riesgos cuyo control escapa a la ciencia, haciendo ajena a la actividad la completa exactitud y a cualquier pretensión de infalibilidad. Por ende, 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, 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 tanto, el principal derecho del paciente es la atención adecuada y diligente, es decir que el personal médico acuda a todos los medios posibles para la salvaguarda de la vida y salud del paciente. Implica entonces, un ejercicio de prevención y tratamiento que se funda en el respeto por el derecho fundamental a 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, integridad orgánica o a la mitigación del dolor deben realizarse siempre de acuerdo con la exigencia de respeto al paciente y sus allegados.

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, una falla médica puede presentarse por una *mala praxis*, por parte del personal tratante, un desorden infraestructural de la institución médica o del sistema de salud como un todo en donde los médicos ven entorpecida su actuación, aunque actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. Entonces, puede configurarse una falla del profesional médico, pero también sistemática institucional²⁵.

noviembre del mismo año, exp. 15201, la proferida en la misma fecha dentro del exp. 25063; y la de 23 de abril de 2008, exp. 17750, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

²⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 11 de mayo de 2006, Exp. 14400, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

²⁵ Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DEL POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Para el Despacho el daño antijurídico sufrido por la parte demandante debe repararse, por cuanto el manejo brindado a la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO, quien ingresó al Hospital San José el 9 de enero de 2013, con *“edema en cara y miembros inferiores edema en todo el cuerpo... con un LES – LES 7 meses previos al ingreso”*, como se observa a lo largo de la historia clínica y conforme lo alegado en la demanda, referente a la tardanza en el suministro de plaquetas, el tratamiento escogido para la infección en tejidos blandos por la presencia del LUPUS como enfermedad de base, y en general la ausencia de atención necesaria para determinar la dimensión de la patología diagnosticada al paciente y su respectivo tratamiento compromete la responsabilidad patrimonial de la entidad demandada a través de la pérdida de oportunidad, frente a lo cual cabe señalar:

3.4.4 LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD O PÉRDIDA DE CHANCE COMO MODALIDAD DEL DAÑO REPARAR

En cuanto a la pérdida de oportunidad, se ha dicho que las expresiones “chance” u “oportunidad” resultan próximas a otras como “ocasión”, “probabilidad” o “expectativa” y que todas comparten el común elemento consistente en remitir al cálculo de probabilidades, en la medida en que se refieren a un territorio ubicable entre lo actual y lo futuro, entre lo hipotético y lo seguro o entre lo cierto y lo incierto, a una zona limitrofe que se corresponde con *“... una situación en que hay un comportamiento antijurídico que ha interferido en el curso normal de los acontecimientos, de manera que ya no puede saberse si el afectado por ese comportamiento ..., habría o no obtenido cierta ganancia o evitado cierta pérdida. Es decir que para un determinado sujeto había probabilidades a favor y probabilidades en contra de obtener o no cierta ventaja patrimonial, pero un hecho cometido por un tercero le ha impedido tener la oportunidad de participar en la definición de esas probabilidades”*²⁶.

En ese orden ideas, la pérdida de oportunidad o pérdida de chance alude a todos aquellos eventos en los cuales una persona se encontraba en situación de poder conseguir un provecho, de obtener una ganancia o beneficio o de evitar una pérdida, pero ello fue definitivamente impedido por el hecho de otro sujeto, acontecer o conducta éste que genera, por consiguiente, la incertidumbre de saber si el efecto beneficioso se habría producido, o no, pero que al mismo tiempo da lugar a la certeza consistente en que se ha cercenado de modo irreversible una expectativa o una probabilidad de ventaja patrimonial; dicha oportunidad perdida constituía, en sí misma, un interés jurídico que si bien no cabría catalogar como un auténtico derecho subjetivo, sin duda facultaba a quien lo ha visto salir de su patrimonio –material o inmaterial– para actuar en procura de o para esperar el acaecimiento

²⁶ CAZEAUX, Pedro. “Daño actual. Daño futuro. Daño eventual o hipotético. Pérdida de chance”, en *Temas de responsabilidad civil. En honor al doctor Augusto M. Morello*, N° 10, p. 23 y ss., apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto. *Pérdida de chance. Presupuestos. Determinación. Cuantificación*. Astrea. Buenos Aires, 2008. pp. 25-26. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANIOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

del resultado que deseaba, razón por la cual la antijurídica frustración de esa probabilidad debe generar para el afectado el derecho a alcanzar el correspondiente resarcimiento.

La teoría de la pérdida de oportunidad alude al daño que sufre quien ve comprometida una posibilidad real de obtener un beneficio o evitar un deterioro, frente a ella la doctrina especializada ha señalado:

"Como en los juegos de azar, los deportes y las actividades intelectuales consideradas, la alea (terapéutica), intrínseca a la actividad médico-sanitaria, puede plantear numerosas cuestiones de pérdida de oportunidad. La Medicina no es una ciencia exacta, de tal manera que es frecuente que enfermedades que parecen curables no remitan, pese a la adecuada aplicación de un tratamiento otras veces exitosos; y, al revés que se venzan patologías aparentemente insuperables. Por eso en muchas casos no se consigue la seguridad de que el paciente habría respondido favorablemente a un determinado tratamiento, aunque si la certeza de que debió intentarse y de que al no practicarse se ha sacrificado culpablemente una oportunidad de recuperación o prolongación de la vida." ²⁷

Frente a la pérdida de oportunidad, el Profesor Mario Fernando Parra Guzmán, manifestó: *"Se puede definir como evitar el resultado de una ventaja o expectativa esperada, que de lograrse redundaría en provecho para la víctima. No es indefectible ganancia de la situación o el desenlace final lo que se indica como perjuicio; es privar al sujeto de la simple posibilidad o aspiración."* ²⁸

Así mismo el Consejo de Estado²⁹ ha dicho:

"La pérdida de oportunidad constituye, entonces, una particular modalidad de daño caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado; expuesto de otro modo, a pesar de la situación de incertidumbre, hay en este tipo de daño algo actual, cierto e indiscutible consistente en la efectiva pérdida de la probabilidad de lograr un beneficio o de evitar un detrimento (...).

²⁷ Medina Alcoz Luis, La Teoría de la Pérdida de la Oportunidad. EDI THOMSON CIVITAS 2007. Página 69

²⁸ PARRA Guzmán, Mario Fernando. Carga de la prueba en la responsabilidad médica. Ed. Doctrina y Ley. Año edición: 2010.

²⁹ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de veintisiete (27) de marzo de 2014, C.P Carlos Alberto Zambrano Barrera.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Por otra parte, con el fin de precisar los alcances de la noción de 'pérdida de oportunidad' conviene identificar con la mayor claridad posible sus límites: **así, de un lado, en caso de que el 'chance' constituya en realidad una posibilidad muy vaga y genérica, se estará en presencia de un daño meramente hipotético o eventual que no resulta indemnizable y, de otro lado, no puede perderse de vista que lo perdido o frustrado es la oportunidad en sí misma y no el beneficio que se esperaba lograr o la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen rubros distintos del daño.** En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso." ³⁰(Negrillas fuera de texto).

En consecuencia, la oportunidad difuminada como resultado del hecho dañoso no equivale a la pérdida de lo que estaba en juego, sino a la frustración de las probabilidades que se tenían de alcanzar el resultado anhelado, probabilidades que resultan sustantivas en sí mismas y, por contera, representativas de un valor económico incuestionable que será mayor, cuanto mayores hayan sido las probabilidades de conseguir el beneficio que se pretendía, habida consideración de las circunstancias fácticas de cada caso³¹.

De acuerdo con lo anterior, puede sostenerse que los requisitos cuya concurrencia se precisa con el propósito de que pueda considerarse existente la pérdida de oportunidad como daño indemnizable en un caso concreto, son los siguientes:

(i) *Certeza respecto de la existencia de una oportunidad que se pierde, aunque la misma envuelva un componente aleatorio, lo cual significa que esta modalidad de daño da lugar a un resarcimiento a pesar de que el bien lesionado no tiene la entidad de un derecho subjetivo —pues se trata de un mero interés legítimo, de la frustración de una expectativa, sin que ello suponga que se trata de un daño puramente eventual—, siempre y cuando se acredite inequívocamente la existencia de "una esperanza en grado de probabilidad con certeza suficiente" de que de no haber ocurrido el evento dañoso, la víctima habría*

³⁰ Consejo de Estado Sentencia del 7 de Julio de 2011 Exp. 20.139

³¹ En la anotada dirección, se ha sostenido lo siguiente en punto de aquello en lo que consiste la pérdida de oportunidad: "La desaparición de la probabilidad de un evento favorable, siempre y cuando esta oportunidad aparezca suficientemente seria. Cuando la pérdida de una oportunidad es establecida, constituye un perjuicio indemnizable. Pero este se limita a dicha pérdida; sólo la pérdida de la oportunidad será compensada, y no la totalidad del beneficio que la víctima habría obtenido en caso de que hubiese ocurrido el evento cuya realización ha sido impedida por culpa del autor". Cfr. LE TORNEAU, Philippe, *La responsabilidad Civil Profesional*, Legis, Bogotá, 2006, p. 85. Citado en: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, 11 de agosto del 2010, Radicación No. (18593). CP, MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

mantenido la expectativa de obtener la ganancia o de evitar el detrimento correspondientes³²;

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho o de evitar el detrimento, vale decir, la probabilidad de obtener la ventaja debe haberse convertido en inexistente, pues si la consolidación del daño dependiera aún del futuro, se trataría de un perjuicio eventual e hipotético, no susceptible del reconocimiento de una indemnización que el porvenir podría convertir en indebida; lo expuesto se antoja lógico en la medida en que si el resultado todavía puede ser alcanzado, el "chance" aún no estaría perdido y nada habría por indemnizar; por tanto, si bien se mantiene la incertidumbre respecto de si dicho resultado se iba a producir, o no, la probabilidad de percibir la ganancia o de evitar el perjuicio sí debe haber desaparecido definitivamente del patrimonio —material o inmaterial— del individuo porque dichos resultados ya no podrán ser alcanzados jamás.

Tal circunstancia es la que permite diferenciar la 'pérdida de oportunidad' del 'lucro cesante' como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de ganancia probable —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de ganancia cierta —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían³³.

(iii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta para pretender la consecución del resultado esperado, es decir que debe analizarse si el afectado realmente se hallaba, para el momento en el cual ocurre el hecho dañino, en una situación tanto fáctica como jurídicamente idónea para alcanzar el provecho por el cual propugnaba, posición jurídica que "no existe cuando quien se pretende damnificado, no llegó a emplazarse en la situación idónea para hacer la ganancia o evitar la pérdida"³⁴.

³² A este respecto se ha sostenido que "... la chance u oportunidad, es una posibilidad concreta que existe para obtener un beneficio. El incierto es el beneficio pero la posibilidad de intervenir es concreta, pues existe de forma indiscutible. Por eso sostenemos que existe daño jurídicamente indemnizable cuando se impide esa oportunidad o ese chance: se presenta el daño... Las dificultades pueden presentarse en la evaluación, porque lógicamente ésa no puede ser la del beneficio que posiblemente se habría obtenido sino otra muy distinta" (énfasis añadido). Cfr. MARTÍNEZ RAVÉ, Gilberto y MARTÍNEZ. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

³³ Al respecto la doctrina afirma que "...en el lucro cesante está 'la convicción digamos más o menos absoluta de que determinada ganancia se produzca', mientras que en la pérdida de chance hay 'un área que disminuye las posibilidades de obtenerla', diríase que en el lucro cesante el reclamo se basa en una mayor intensidad en las probabilidades de haber obtenido esa ganancia que se da por descontado que de no haberse producido el hecho frustrante se habría alcanzado. Desde el prisma de lo cualitativo cabe señalar que el lucro cesante invariablemente habrá de consistir en una ganancia dejada de percibir, en tanto que la pérdida de chance puede estar configurada por una ganancia frustrada y además por la frustración de una posibilidad de evitar un perjuicio". Cfr. VERGARA, Leandro. *Pérdida de chance. Noción conceptual. Algunas precisiones*. LL, 1995-D-78, N° 3, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto. *Pérdida de chance*, cit., p. 262.

³⁴ ZANNONI, Eduardo. *El daño en la responsabilidad civil*, cit., pp. 110-111. Citado en: Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. 11 de agosto del 2010. Radicación No. (18593). CP. MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083 00
Demandante: HÉCTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

En conclusión a lo anterior, no debe catalogarse como “pérdida de chance” ni los eventos en los cuales sí existe la razonable certeza de que el agente dañoso provocó el daño —pues allí estará demostrada la causalidad en virtud de que la alta probabilidad da lugar a la aludida razonable certeza y el daño sufrido en tales circunstancias no es la pérdida de la probabilidad sino la desaparición de la ventaja o provecho esperado, luego la íntegra reparación será lo jurídicamente procedente—, ni aquellos supuestos en los que las probabilidades de que así hubiere ocurrido resultan insignificantes —pues la escasa probabilidad da lugar a que la víctima no tenga derecho a indemnización alguna—; por consiguiente, solo hay lugar a la aplicación de la figura de la pérdida de chance “... cuando el coeficiente de probabilidades de que el agente dañoso fuera causante rebasa un mínimo despreciable y no llega a la alta cota que lleva a hacer coincidir el daño ocasionado con la pérdida de la ventaja frustrada”³⁵.

La pérdida de oportunidad no representa, por tanto, una especie de daño subsidiario en defecto de prueba respecto de la relación causal entre el hecho o conducta censurados y el beneficio definitivamente perdido, sino una clase autónoma de daño respecto del cual no puede presentarse la tantas veces mencionada incertidumbre causal, toda vez que tal falta de certeza debería conducir, directa e indudablemente, a la exoneración de responsabilidad por el anotado concepto; de allí que resulte atinado aseverar que “cuando hablamos de la pérdida de una oportunidad, no podemos incluir allí la simple imposibilidad de saber cuál es la causa de un daño”³⁶.

3.4.5 LA PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD EN EL CASO CONCRETO

Sobre las reglas que deben observarse para determinar una presunta falla en el servicio médico, se han resuelto diferentes problemas jurídicos bajo las siguientes conclusiones o premisas sobre el título de imputación aplicable y la carga de la prueba: (i) Los litigios sobre falla médica se deben absolver bajo el régimen subjetivo de responsabilidad, esto es, falla probada; (ii) La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad administrativa recae sobre la parte demandante; como regla general (iii) Es posible acudir al medio probatorio de los indicios para probar los elementos de responsabilidad y (iv) la sola demostración de las actuaciones u omisiones de la prestación médica debida no es suficiente para imputar daños al Estado.

³⁵ Cfr. MEDINA ALCOZ, Luis, *La teoría de la pérdida de oportunidad*, cit., p. 88. En el mismo sentido, el autor citado —p. 89— expresa lo siguiente en relación con el tipo de supuestos en los cuales la noción de pérdida de oportunidad debe tener aplicación: “Cuando la probabilidad no es insignificante, pero tampoco es alta, es decir, cuando las posibilidades de que la víctima hubiera conseguido la ventaja son serias y reales, pero insuficientes para tener por cierto el hecho causal, la víctima puede tener derecho a un resarcimiento (parcial) en concepto de chance irreversiblemente sacrificada” (énfasis añadido).

³⁶ TAMAYO JARAMILLO, Javier, *Tratado de responsabilidad civil*, Tomo II, segunda edición, Legis, Bogotá, 2007, p. 360. De hecho, en el mismo lugar y con el fin de destacar la que entiende que es la “diferencia entre incertidumbre causal y pérdida de oportunidad —título número 354 de la obra aludida— el citado autor afirma que “el mayor problema que tiene la institución de la pérdida de una oportunidad radica en la permanente confusión entre incertidumbre causal de un daño que ya ocurrió y la pérdida de la oportunidad”. Citado en: Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, 11 de agosto del 2010, Radicación No. (18593), CP, MAURICIO FAJARDO GOMEZ.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Pues bien, para analizar estos elementos, acudiremos a la literatura científica como lo permite el precedente de la máxima Corporación de lo Contencioso Administrativo, quien menciona que el Juez puede recurrir a ello, no como un medio autónomo y adicional de prueba, dado que, si se toma de esa manera, significaría una violación al debido proceso y al derecho de defensa de la parte accionada, quien no ha tenido la oportunidad de contradecir los mismos, sino como un complemento de las pruebas que oportuna y en debida forma se practicaron en el proceso. Esto, porque así lo ha dicho el Alto Tribunal antes referenciado³⁷ en los siguientes términos:

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

Acudir a esas herramientas se hace incluso obligatorio en el caso que se analiza, dada la complejidad y especialización de la ciencia médica.

La Alianza de Investigación del Lupus – LUPUS RESEARCH ALLIANCE³⁸ trae el siguiente concepto sobre el LUPUS³⁹:

"¿Qué es el lupus?"

El lupus es una enfermedad autoinmunitaria crónica y compleja que puede afectar las articulaciones, la piel, el cerebro, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos de manera que provoca inflamación generalizada y daño del tejido en los órganos afectados (ficha informativa de los CDC). A continuación, encontrará algunos datos básicos sobre la enfermedad, los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento.

¿Cuáles son los diferentes tipos de lupus?"

El tipo más común de lupus se denomina lupus eritematoso sistémico (LES), que afecta muchas partes del cuerpo. Los siguientes son otros tipos de lupus:

- *Lupus cutáneo: causa erupciones o lesiones en la piel, por lo general, cuando se la expone a la luz solar.*

³⁷ CONSEJO DE ESTADO. Radicación interna: 22163, Marzo 28 de 2012, MP, Enrique Gil Botero.

³⁸ La Alianza de Investigación del Lupus es el principal financiador privado mundial de la investigación del lupus. Establecida en 2016, a partir de la fusión de la Alianza para la Investigación del Lupus, el Instituto de Investigación Lupus y la Fundación SLE, la Alianza de Investigación Lupus fue creada para mejorar los tratamientos para el lupus mientras avanza hacia una cura. Este esfuerzo incluye recaudar fondos y abogar en nombre de la comunidad de lupus en el ámbito de las políticas públicas.

³⁹ Consultado el 16/09/2019 en la página web: <https://www.lupusresearch.org/en-espanol/acerca-del-lupus/que-es-el-lupus/>

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

- *Lupus inducido por medicamentos: similar al LES, es provocado por una reacción desmesurada a ciertos medicamentos. Los síntomas, por lo general, desaparecen cuando se suspende el medicamento.*
- *Lupus neonatal: ocurre cuando un lactante adquiere autoanticuerpos de su madre con LES (los autoanticuerpos son proteínas inmunes que por error atacan y dañan los propios tejidos u órganos de la persona). Mientras que los problemas de la piel, el hígado y la sangre desaparecen en seis meses, el problema más grave, que es el bloqueo cardíaco congénito, requiere la colocación de un marcapasos (ficha informativa básica por Internet de los CDC).*

¿Cuáles son los riesgos graves del lupus para la salud?

Los riesgos más graves para la salud son la enfermedad cardiovascular, la enfermedad renal y el accidente cerebrovascular. Las personas con lupus tienen especialmente mayor riesgo de presentar aterosclerosis (endurecimiento de las arterias). En algunas personas, la inflamación puede observarse en el mismo corazón (miocarditis y endocarditis) o en la membrana que lo rodea. La endocarditis puede dañar las válvulas cardíacas y producir soplos en el corazón. Cuando la enfermedad afecta a los riñones, los pacientes suelen requerir tratamiento intensivo con medicamentos para evitar el daño permanente. El lupus también puede atacar al cerebro o al sistema nervioso central y producir convulsiones o un accidente cerebrovascular.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento para el lupus?

Es posible que necesite consultar con diferentes médicos para tratar los diversos síntomas del lupus. Después de recibir el diagnóstico, el médico de atención primaria para tratar el lupus suele ser un reumatólogo (especialista en artritis y otras enfermedades que causan inflamación en las articulaciones). El reumatólogo puede derivarlo a un inmunólogo clínico para tratar las afecciones del sistema inmunitario, a un nefrólogo para la enfermedad renal, a un hematólogo para atender los trastornos de la sangre, a un dermatólogo para las enfermedades de la piel, a un neurólogo para el sistema nervioso, a un cardiólogo para tratar los problemas del corazón y vasos sanguíneos y a un endocrinólogo para controlar las glándulas y hormonas."

La Biblioteca médica MEDLINE PLUS⁴⁰ trae consigo las siguientes definiciones⁴¹:

"Lupus eritematoso sistémico

⁴⁰ MedlinePlus en español es el sitio web de los Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, la biblioteca médica más grande del mundo, MedlinePlus le brinda información sobre enfermedades, afecciones y bienestar en un lenguaje fácil de leer. MedlinePlus le ofrece información confiable y actualizada en todo momento, en cualquier lugar y de forma gratuita.

⁴¹ Consultado el 16/09/2019 en la página web: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm>.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria. En esta enfermedad, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano. Este puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos.

Causas

La causa del LES no se conoce claramente. Puede estar asociada a los siguientes factores:

- Genéticos
- Ambientales
- Hormonales
- Ciertos medicamentos

El LES es mucho más común en mujeres que en hombres. Puede presentarse a cualquier edad. Sin embargo, aparece con mayor frecuencia en personas entre los 15 y 44 años. Las personas afroamericanas y las asiáticas resultan afectadas con más frecuencia que las personas de otras razas.

Síntomas

Los síntomas varían de una persona a otra, y pueden aparecer y desaparecer. Todas las personas con LES padecen dolor articular e hinchazón en algún momento. Algunas desarrollan artritis. El LES generalmente afecta las articulaciones de los dedos de las manos, las manos, las muñecas y las rodillas.

Otros síntomas comunes incluyen:

- Dolor torácico al respirar profundamente.
- Fatiga.
- Fiebre sin ninguna otra causa.
- Malestar general, inquietud o sensación de indisposición (malestar).
- Pérdida del cabello.
- Pérdida de peso.
- Úlceras bucales.
- Sensibilidad a la luz solar.
- Erupción cutánea. Una erupción en forma de "mariposa" se desarrolla en aproximadamente la mitad de las personas con LES. La erupción se observa principalmente en las mejillas y en el puente nasal. Puede extenderse. Empeora con la luz solar.
- Inflamación de los ganglios linfáticos.

Tratamiento

No existe una cura específica para el LES. El objetivo del tratamiento es el control de los síntomas. Los síntomas graves que involucran el corazón,

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

los pulmones, los riñones y otros órganos, a menudo necesitan tratamiento de especialistas."

Finalmente, frente a complicaciones asociadas al LUPUS, más precisamente por infecciones, la ciencia médica⁴² ha explicado:

*"Dentro de las complicaciones asociadas al lupus eritematoso sistémico (LES) y su tratamiento, **sobresalen las infecciones como un fenómeno frecuente, complejo y con graves consecuencias para el paciente, éstas ocurren tanto al inicio de la enfermedad como en etapas tardías.** Diferentes factores, tanto genéticos como adquiridos, predisponen a los pacientes con LES a infecciones.*

*Aunque la mayoría de infecciones se deben a microorganismos comunes, también se presentan episodios graves por oportunistas, especialmente en usuarios de medicamentos inmunosupresores. Con frecuencia, no es fácil diferenciar un proceso infeccioso intercurrente de una exacerbación de la enfermedad y, en algunas ocasiones, pueden ocurrir simultáneamente, constituyendo un real **desafío** diagnóstico y terapéutico.*

Con frecuencia, resulta difícil diferenciar la actividad del LES de un proceso infeccioso intercurrente. Establecer el diagnóstico correcto es trascendental ya que la conducta terapéutica a adoptar es diferente. Así, el tratamiento innecesario con antibióticos en ausencia de infección conlleva riesgo de resistencia bacteriana y el uso de inmunosupresores en procesos infecciosos no controlados puede poner en riesgo la vida del paciente.

***Las infecciones son una causa importante de morbilidad y mortalidad (temprana y tardía) en pacientes con LES.** En lupus hay incremento de la susceptibilidad a infección debido a factores intrínsecos relacionados con la enfermedad y la carga genética, y a factores extrínsecos condicionados por el uso de inmunosupresores. **El reconocimiento oportuno de las infecciones intercurrentes es esencial para la pronta instauración de la terapia** y, teóricamente, disminuir la mortalidad atribuida a infección que desafortunadamente no ha cambiado en las últimas décadas; es difícil establecer la diferencia entre actividad de la enfermedad e infección intercurrente y determinar la presentación simultánea."*

En otra publicación⁴³ se indicó:

La etiología del LES es multifactorial, con influencia de factores entre los que podemos destacar: a) factores genéticos, b) factores ambientales, e c) infecciones causadas por E. coli, estafilococos y

⁴² Revista Colombiana de Reumatología. Consultado en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-complicaciones-infecciosas-lupus-eritematoso-sistémico-50121812313701269> el 21 de octubre de 2010.

⁴³ Consultado en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/residente/tr-2015/tr151e.pdf>

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYAN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

enterobacterias, los cuales contribuyen a la pérdida de tolerancia inmunológica, aumentando el riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Las infecciones son consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con LES, reportándose dentro de las primeras dos causas de muerte más comunes en estos pacientes.

Las infecciones en el LES son responsables del 40-50% de la morbilidad y mortalidad.

Las infecciones bacterianas son las más frecuentes, seguidas por las infecciones virales y **fúngicas**. Las infecciones bacterianas más comunes son las causadas por *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.* y *Pseudomonas sp.* Se describen infecciones con localizaciones múltiples o polimicrobianas. Los pacientes en tratamiento corticoideo son especialmente susceptibles a las infecciones oportunistas por herpes, *Candida spp.*, *Salmonella spp.*, *Cryptococcus spp.* y *Toxoplasma spp.* El del herpes zóster es el virus más frecuente en los pacientes con LES, sobre todo durante el tratamiento inmunosupresor.

Los pacientes con LES son más susceptibles al desarrollo de infecciones que la población general. Esta mayor susceptibilidad obedece a factores genéticos, factores propios de la enfermedad (intrínsecos) y al uso de medicamentos inmunosupresores.

Estudios epidemiológicos recientes evidencian claramente que la supervivencia a corto y medio plazo de los pacientes afectados con LES ha mejorado de manera importante en las últimas décadas, pero, desafortunadamente, el pronóstico a largo plazo todavía permanece muy pobre. Esto significa que el tratamiento del LES es más efectivo que en el pasado, pero a largo plazo, las complicaciones de la misma enfermedad y/o de su tratamiento permanecen. Notablemente, en las complicaciones del tratamiento a largo plazo, un alto porcentaje está representado por infecciones.

Agentes citotóxicos: Este grupo incluye drogas como la ciclofosfamida, mofetil micofenolato y azatioprina, que se usan para el tratamiento del LES grave. Se estima que la combinación de estas drogas aumenta aún más el riesgo de infección.

Ciclofosfamida:

Ha sido señalada en diferentes estudios por su asociación con infección en su empleo intravenoso, pero no con el tiempo de utilización o con su uso y dosis acumulada.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Las infecciones causan mayor morbilidad en pacientes con LES y son relacionadas a inmunosupresión y anormalidades intrínsecas en su mayoría. Hasta el 37% de los pacientes tratados con ciclofosfamida desarrollan una infección seria, siendo este fármaco el principal asociado con infecciones en pacientes con LES.

*Los inmunosupresores utilizados en el tratamiento del LES moderado y severo incrementan el riesgo de infecciones, incluyendo agentes oportunistas entre los que destacan *Candida albicans* (faringe, esófago, intestino, tejidos blandos), *Pneumocystis jirovecii* (neumonía en personas en terapia inmunosupresora), *Cryptococcus neoformans* (meningitis) y *Aspergillus fumigatus* (infección pulmonar).¹⁰ Las infecciones muchas veces imitan exacerbaciones del LES, llevando a confusión hacia el diagnóstico y tratamiento apropiado. Eso puede hacer notablemente difícil diferenciar entre infección y agudización de la enfermedad en algunos casos.*

CONCLUSIONES:

Ante un paciente con lupus eritematoso sistémico, es de suma importancia estar conscientes de que nos encontramos ante una persona con riesgo mayor de adquirir cualquier tipo de infección. En el desarrollo de las infecciones, se ven implicados múltiples factores, algunos propios de la patología y otros con mayor importancia, causados por el tipo de terapia farmacológica; éstos terminan por causar depleción del sistema inmunológico, ya sea directa o indirectamente, dados los múltiples mecanismos de acción utilizados en la amplia gama de medicamentos empleados."

Así las cosas, para resolver el caso concreto, en primer lugar se analizará la atención médica recibida por la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO de acuerdo a la historia clínica soportada por el Hospital Universitario San José de Popayán, bajo la óptica de la pérdida de oportunidad:

Cuando la paciente ingresó en el mes de enero de 2013, se registró que presentaba un diagnóstico de LES 7 meses previos al ingreso, LUPUS eritematoso sistémico con compromiso renal y nefrótico (fl. 22 C. Ppal. 1)

A su ingreso al Hospital, se anotó en la historia clínica que la paciente se encontraba en regulares condiciones.

Desde su ingreso, el 10 de enero de 2013, se le estaba suministrando PREDNISOLONA⁴⁴ la cual durante su estancia en el HUSJ, le fue

⁴⁴ Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682858-es.html> La prednisolona se utiliza sola o con otros medicamentos para tratar los síntomas de los niveles bajos de corticosteroides (falta de algunas sustancias que son producidas usualmente por el cuerpo y que se necesitan para el funcionamiento normal del cuerpo). La prednisolona se usa también para tratar algunas afecciones que afectan la sangre,

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

suspendida y retirada en varias ocasiones, siendo la última suspensión el 13 de febrero de 2013. La FUROSEMIDA⁴⁵ la cual le fue suspendida el 14 de enero de 2013 y se volvió a suministrar el 25 de enero y luego fue omitida.

La VANCOMICINA, que según se explica se usa para las inflamaciones del intestino causadas por ciertas bacterias que ocurren después del tratamiento con antibióticos⁴⁶, se inició el 13 de enero de 2013 y se anotó para esa misma fecha que no se evidenció crecimiento de la lesión con evolución estable.

El FLUCONAZOL⁴⁷ se observa que fue suministrado a la paciente desde el mes de febrero de 2013, con un esquema antibiótico hasta completar 14 días y luego suspender.

La CASPOFUNGINA⁴⁸ se ordenó el 13 de febrero de 2013 a las 10:34 horas con una carga inicial y luego el 14 de febrero se anotó que estaba pendiente su inicio y ya el 15 de febrero de 2013 a las 11 am se suministró.

Finalmente en cuanto a las plaquetas, se anotó que era una paciente con plaquetas bajas desde el 21 de enero de 2013. A folio 53 del cuaderno principal se registran anotaciones de evolución médica de fecha 23 de enero de 2013 con el siguiente análisis clínico: "condiciones

piel, ojos, sistema nervioso central, riñones, pulmones, estómago e intestinos. También se usa para tratar reacciones alérgicas; y ciertos tipos de artritis; esclerosis múltiple (una enfermedad en la que los nervios no funcionan correctamente); y para ayudar a prevenir el rechazo al trasplante de órganos (ataque del cuerpo a un órgano trasplantado) en algunos adultos que han recibido un trasplante. La prednisolona algunas veces también se usa para tratar los síntomas de ciertos tipos de cáncer. La prednisolona se encuentra en una clase de medicamentos llamados corticosteroides. Funciona al reducir la inflamación y el enrojecimiento al cambiar la manera en que funciona el sistema inmunológico.

⁴⁵ Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682858-es.html> La furosemida se utiliza sola y en combinación con otros medicamentos para tratar la hipertensión arterial. La furosemida se utiliza para tratar el edema (la retención de líquidos; exceso de líquido retenido en los tejidos corporales) causado por varios problemas médicos, incluyendo el corazón, el riñón y enfermedades del hígado. La furosemida pertenece a una clase de medicamentos que se llaman diuréticos ('píldoras de agua'). Funciona provocando la eliminación por el riñón, a través de la orina, del agua y de sal innecesarias en el cuerpo.

⁴⁶ Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682858-es.html> La vancomicina se usa para tratar la colitis (inflamación del intestino causada por ciertas bacterias) que podría ocurrir después del tratamiento con antibióticos. La vancomicina pertenece a una clase de medicamentos llamados antibióticos glucopéptidos. Funciona al matar las bacterias en los intestinos. Cuando sea tomado por vía oral, la vancomicina no matará las bacterias ni tratará infecciones en otra parte del cuerpo. Los antibióticos no funcionarán para los resfriados, la gripe u otras infecciones víricas.

⁴⁷ Consultado en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682858-es.html> El fluconazol se usa para tratar las infecciones por hongos, incluidas las infecciones por levaduras de la vagina, la boca, la garganta, el esófago (el conducto que va desde la boca hasta el estómago), el abdomen (el área entre el pecho y la cintura), los pulmones, la sangre y otros órganos. El fluconazol también se usa para tratar la meningitis (infección de las membranas que recubren el cerebro y la columna vertebral) provocada por hongos. El fluconazol también se usa para prevenir las infecciones por levaduras en pacientes que es probable que se infecten porque están siendo tratados con quimioterapia o radioterapia antes de un trasplante de médula ósea (reemplazo del tejido esponjoso enfermo dentro de los huesos con tejido sano). El fluconazol pertenece a una clase de antimicóticos llamados triazoles. Actúa haciendo más lento el crecimiento de los hongos que causan la infección.

⁴⁸ Consultado en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/casposfungina> Antifúngico sistémico perteneciente a la familia de las equinocandinas, con actividad concentración-dependiente frente a *Aspergillus*, *Candida*, *Histoplasma* incluyendo cepas resistentes a anfotericina, fluconazol y flucitosina, *hialohifomiceros*, hongos dimórficos, varios hongos dematiáceos y *Pneumocystis jirovecii* (formas quísticas). Carece de resistencia cruzada con otros antifúngicos utilizados en clínica actualmente. Efecto post-antifúngico prolongado. Administración exclusivamente intravenosa.

USO CLÍNICO: Tratamiento empírico en caso de sospecha de infección fúngica por *Candida* o *Aspergillus* en pacientes adultos o niños neutropénicos con fiebre.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083 00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

estables falla multi orgánica, falla renal, falla hematológica", y se registró que para hematología: "no se disponen de plaquetas, se encuentra pancitopenica", folio 53 reverso: "paciente en regulares condiciones generales, persistencia de plaquetopenia, anemia y leucopenia... se decide en revista continuar con tratamiento... traslado a UCINT, no hay plaquetas en la institución, con alto riesgo de sangrado, se debe definir si persiste con hematuria y descenso de las plaquetas se debe remitir a otro nivel que cuente con hematología y derivados de la sangre"; folio 54: "Análisis clínico: Alto riesgo de sangrado y requerimientos de transfusión de plaquetas".

Para el día 25 de enero la paciente igualmente continuaba con el requerimiento de plaquetas y en la historia clínica a folio 55 reverso se registró la ausencia de ellas en el HUSJ: *"Análisis clínico: ...aún con severa plaquetopenia severa sin evidencia de sangrado activo, ya no se evidencia hematuria, anemia... se solicita con carácter urgente 12 UD de plaquetas que no hay en el banco de sangre del hospital, por lo cual se hace el trámite con la entidad de salud"; folio 57: "pendiente consecución de plaquetas" y el 26 de enero inclusive, se solicitó remisión para otro nivel que contara con dicho hemoderivado, lo cual se observa a folio 58 con fecha 26 de enero de 2013: "Problemas actuales: Trombocitopenia severa falla renal y anuria requerimientos de transfusión de plaquetas y soporte renal posterior"; folio 59: "paciente con LES activo con trombocitopenia severa con falla renal aguda con anuria con requerimientos de soporte renal para lo cual requiere catéter... por lo cual se requiere transfusión urgente de plaquetas que no hay en este centro se solicitan a la aseguradora y se realiza remisión a institución que tenga UCI y disponga de este hemoderivado".*

Para el 27 de enero según folio 61 presentó mejoría en los niveles de plaquetas, se anotó no evidencia de sangrado, pasando del 26 de enero de 58.000 plaquetas a 76.000 el 30 de enero. Sin embargo, para el día siguiente, el 28 de enero, se registró nuevamente que el Hospital no contaba con el suministro de plaquetas por lo que se estaba gestionando con la entidad (EPS) de la paciente (fl. 63 reverso) y en horas de la noche se anotó que la paciente tenía requerimientos de múltiples transfusiones de plaquetas y pronóstico reservado (fl. 66).

Finalmente, se evidencia en la historia clínica que el problema de las plaquetas se presentó en el mes de febrero hasta los últimos días de estancia de la paciente en el HUSJ, así, el 12 y 16 de febrero de 2013 se ordenó transfundir 6 unidades de plaquetas (fl. 116 C. Ppal. 1 y 564-568 (órdenes médicas)) y el 17 de febrero se anotó: *"no se ha logrado plaquetas para proceder a colocar CVC y posible traqueostomía" (fl. 118 reverso C. Ppal. 1) y el 18 de febrero se registró: "Evolución médica para cuadro crítico: ... Pendiente consecución de plaquetas por su entidad. Análisis clínico: ...Pendiente consecución por parte de su entidad de manejo con caspofungina y plaquetas. Condición crítica. Pronóstico reservado." (fl. 30 y 119 C. Ppal. 1).*

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

De otro lado, según folio 49, para el 23 de enero de 2013, la paciente presentaba evento de proteinuria en rango nefrótico, hipoalbuminemia severa, volúmenes urinarios en descenso en promedio de 500 cc, hematuria persistente. Se presentaba ausencia de inmunoglobulina como se constata a folio 498 del cuaderno principal 3, a folio 63 reverso del principal 1 y folio 61, donde para el 27 de enero se anotó: "Inmunoglobulina 25g IV cada 24 horas 3/5 NO HAY DESDE AYER", ya con fecha del 28 de enero: "*Análisis clínico: Paciente en condición médica crítica en VMI, con roto hemodialítico, sin signos de sangrado activo... continúa coagulopática y con trombocitopenia, hasta la fecha actual en el Hospital no cuenta con el suministro de las plaquetas por lo que se está gestionando consecución con su entidad. SE GESTIONA CONSECUCCIÓN DE INMUNOGLOBULINA POLIVANTE PARA COMPLETAR 5 DÍAS DE TRATAMIENTO*"; folio 258 cuaderno principal 2: "Anotaciones registro de medicamentos: ... No se coloca plasma a las 20 ni a las 4 ya que no hay en el banco de sangre plasma tipo A...".

De acuerdo al testimonio técnico del médico JAIME EFRAÍN ENRIQUE ZARAMA, se le preguntó si a la paciente se le ordenó el suministro de plaquetas, a lo cual manifestó que para el mes de enero se encontró una disminución de plaquetas, leucocitos bajos, inmunoglobulina baja la cual se denomina pancitopenia. Indicó que para esa misma fecha tenía otras comorbilidades con las cuales ingresó en el mes de diciembre asociadas a compromisos multiorgánicos generados por el LUPUS, entre los que refirió infecciones, edema pulmonar con derrame pleural o sea pulmones con líquido en su interior, compromiso renal de síndrome nefrótico, compromiso cardíaco y específicamente para el mes de enero, la paciente presentó compromiso hematológico denominado pancitopenia que la ciencia médica la explica como: El cuerpo contiene tres tipos de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La anemia ocurre cuando hay muy pocos glóbulos rojos en la sangre. La leucopenia es una afección donde hay muy pocos glóbulos blancos. El bajo recuento de plaquetas se llama trombocitopenia. La pancitopenia ocurre cuando una persona tiene una disminución de los tres tipos de células sanguíneas. Esto ocurre cuando algo anda mal en la médula ósea, que es donde se forman las células sanguíneas⁴⁹.

Por su parte, el testigo técnico, médico del HUSJ, HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA en la audiencia de pruebas respecto a la ausencia de plaquetas para la paciente MORALES PATIÑO indicó que uno de los elementos que define la mortalidad está relacionado con la trombocitopenia, los pacientes que hacen ataque a las células hematológicas y específicamente a las plaquetas produciendo

⁴⁹ Consultado el día 5 de septiembre de 2019 en la página web: <https://www.sjude.org/es/cuidado-tratamiento/enfermedades-que-tratamos/pancitopenia.html>. El cuerpo contiene tres tipos de células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La anemia ocurre cuando hay muy pocos glóbulos rojos en la sangre. La leucopenia es una afección donde hay muy pocos glóbulos blancos. El bajo recuento de plaquetas se llama trombocitopenia. La **pancitopenia** ocurre cuando una persona tiene una disminución de los tres tipos de células sanguíneas. Esto ocurre cuando algo anda mal en la médula ósea, que es donde se forman las células sanguíneas.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

trombocitopenia, tienen un riesgo incrementado con respecto a la población que no tiene este fenómeno en veces. Señaló que la trombocitopenia ataca las plaquetas y los glóbulos rojos.

Respecto al diagnóstico de entrada para el segundo ingreso de la paciente en el mes de enero, sostuvo que la paciente ingresó con un proceso infeccioso en la piel y por falla respiratoria aguda, con empeoramiento de la función renal, por lo que ella tenía compromiso renal, hematológico, pulmonar y una entidad que se asocia a todos estos fenómenos síndrome de insuficiencia cutánea que fue este estado de edema persistente, de retención de líquidos en su piel que aumenta el riesgo de infecciones a nivel de la piel.

Al médico se le preguntó cuál era la finalidad para considerar que la paciente necesitaba las plaquetas, a lo cual contestó que la trombocitopenia es una manifestación del compromiso hematológico, asumiendo como valor normal 150.000 y la paciente tenía plaquetas muy por debajo de ese valor y algunas veces estuvo por debajo de valores de 20.000. Aceptó que se presentaron fallas técnico administrativas en el suministro de plaquetas porque para esas fechas el HUSJ tenía una dificultad en relación a un daño de la máquina centrifuga y resaltó que si había una necesidad apremiante en el suministro de plaquetas debido al estado crítico de la paciente pero no necesariamente por una situación activa de sangrado y en este punto se contradice con lo manifestado anteriormente cuando indicó que la paciente estuvo por debajo de valores de 20.000 plaquetas pero luego dijo que en general estuvo por encima de 20.000, las cuales se transfundían para prever una manifestación de sangrado mayor o agudo que se pudiese presentar por el consumo de plaquetas por el mismo LUPUS y luego se contradice también, al manifestar que no existía una indicación absoluta de transfusión inmediata o continúa de plaquetas debido a que el número de plaquetas en términos generales permanecía por encima de 100.000 pero en la historia clínica se registraron anotaciones de que se requería de *manera urgente* el suministro de plaquetas y así por varios días incluso los días previos al fallecimiento de la paciente. Asimismo, se contradice con lo anotado en la historia clínica con fecha de registro 24 de enero de 2013 (fl. 53 reverso C. Ppal. 1): "*con alto riesgo de sangrado, se debe definir si persiste con hematuria y descenso de las plaquetas se debe remitir a otro nivel que cuente con hematología y derivados de la sangre*".

Finalmente, no concuerda su declaración cuando indicó que si el recuento de plaquetas cae por debajo de 10.000 o independientemente si hay un sangrado de plaquetas puesto que antes dijo que un nivel normal de plaquetas se asume a partir de 150.000.

Frente a la inmunoglobulina, el médico HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA, argumentó porqué medicamente le fue suspendida la inmunoglobulina a la paciente, también señaló que el costo de la misma

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

era muy alto, el HUSJ no la tenía en ese momento y se tenía que hacer un procedimiento administrativo para suministrarla. Indicó que la paciente recibió dos ciclos de inmunoglobulina pero posteriormente hubo dificultades administrativas en la consecución y ciertamente por decisión de coordinación de cuidado intensivo y de su parte como coordinador, se ordenó la suspensión de la inmunoglobulina con fundamento en los hechos de que (i) la inmunoglobulina no iba a afectar el curso como tal de la enfermedad, fuera de eso la inmunoglobulina tenía en esta paciente algunas contraindicaciones no absolutas pero si relativas para su uso como es el caso que estaba cursando con una insuficiencia renal oligoanúrica, es decir la paciente no estaba orinando la cantidad suficiente y la inmunoglobulina aporta un incremento importante y que no era conveniente una sobrecarga de volumen en esta paciente, y basado más que todo en el hecho de que la inmunoglobulina no estaba soportada en las guías o recomendaciones médicas para el manejo del LUPUS de la paciente.

Frente lo anterior el perito indica que en efecto la inmunoglobulina a su juicio no era indicada para este tipo de tratamiento ya que si bien el lupus se encontraba activo en la paciente, lo importante era tratar la infección. Así que el despacho concluye con base en lo dicho por los galenos tratantes y el perito que el hecho de haber suprimido por la Coordinación de cuidado intensivo, el suministro de inmunoglobulina estuvo sustentada en la ciencia médica y en la condición de la paciente, más que en razones económicas y que dicha decisión fue adopta por el equipo de galenos de cuidado intensivo. Es decir, que el despacho colige que en cuanto al manejo de este medicamento no privó a la enferma de ninguna expectativa legítima de sobrevivida.

Ahora en cuanto al oficio suscrito por los médicos HECTOR FABIO LONDOÑO, GUMERSINDO RIVERA, JOSE LUIS VERHELST y CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, dirigido al abogado externo del HUSJ que obra a folios 25-26 del cuaderno de pruebas, se indicó la evidencia en la historia clínica de la falta de oportunidad de algunos elementos solicitados a la paciente durante su proceso de atención en UCI, tales como el suministro de plaquetas y caspofungina. La primera, la cual se administraba con el fin de modular la respuesta inmune y la cascada inflamatoria severa de base del estado séptico.

En consecuencia, frente a los anteriores argumentos, se encuentra que efectivamente para la fecha en que la paciente fue atendida por su diagnóstico de LUPUS, el Hospital San José no contaba con los elementos que eran requeridos por los médicos tratantes y que se evidenciaría en la historia clínica con el estado de evolución de la paciente que fue desventajoso.

Ahora, frente a las comorbilidades del LUPUS:

Se registra en la historia clínica que la paciente ingresó el 9 de enero de 2013 por empeoramiento del edema generalizado y además proceso

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

infeccioso de tejido blando a nivel del dorso del pie derecho con anotación de: "*paciente en malas condiciones generales con LUPUS activo y compromiso de múltiples órganos se ingresa en UCI...*" (fl. 50 C. Ppal. 1). Asimismo, se registró para el 24 de enero de 2013, a paciente en regulares condiciones generales, persistencia de plaquetopenia, anemia y leucopenia, se especificó a paciente con alto riesgo de sangrado, falla renal aguda con anuria con requerimientos de soporte renal para lo que se solicitó transfusión urgente de plaquetas, contradiciendo nuevamente a lo manifestado por el médico HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA en su declaración (fl. 58 C. Ppal. 1).

Se anotó para el día 28 de enero que la paciente presentaba falla respiratoria aguda con requerimientos de soporte ventilatorio invasivo y además falla renal con anuria. A folio 76 con fecha 1º de febrero de 2013: "*Análisis clínico: Paciente evolución clínica tórpida, con LUPUS eritematoso sistémico activo. Presenta leucopenia, neutropenia y plaquetopenia, completando esquema antibiótico de amplio espectro. Falla respiratoria aguda por edema pulmonar con leve mejora de hallazgos radiológicos...*".

En cuanto a los tratamientos de la infección:

A folio 23 del cuaderno principal 1, se anotaron los siguientes diagnósticos activos:

"Fl. 23:

Fecha: 13/02/2013: 08:41 p.m.

Diagnósticos activos: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON COMPROMISO DE ÓRGANOS O SISTEMAS.

SÍNDROME NEFRÓTICO: NO ESPECIFICADA

EDEMA PULMONAR

ANEMIA EN OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE

CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA, NO ESPECIFICADA

TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA

SEPTICEMIA, NO ESPECIFICADA

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Medicamentos: Caspofungina

Análisis clínico: Paciente en mala condición general con SRIS, con ciclo antibiótico previo de amplio espectro, se considera iniciar caspofungina para manejo de candidemia y se realiza rastreo para esto, pronóstico muy reservado dada la falla para prosperar y la pobre reserva fisiológica de base."

A folio 50 se anotó el inicio de otros antibióticos:

"23/01/2013: Anamnesis: ... la paciente reingresa el 9 de enero por empeoramiento del edema generalizado y además proceso infeccioso

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

de tejido blando a nivel del dorso del pie derecho por lo cual se difiere manejo con ciclofosfamida y se inicia manejo antibiótico con vancomicina y clindamicina con evolución no favorable por extensión de eritema al muslo derecho cara interna... paciente en malas condiciones generales con LUPUS activo y compromiso de múltiples órganos se ingresa en UCI."

El 31 de enero se registró en el análisis clínico que la paciente seguía en condiciones críticas, requiriendo soporte ventilatorio, dialítico, con manejo de antibiótico VANCOMICINA y MEROPELNEMEN, evolución tórpida (fl. 72). Estado crítico que también se registró el 1 de febrero (fl. 76)

Respecto del requerimiento del medicamento de caspofungina, el 13 de febrero se ordenó inicio de caspofungina (fl. 23) debido a su mala condición general con pronóstico muy reservado dada la falla para prosperar y la pobre reserva fisiológica de base. Se registró en la historia clínica de fecha 14 de febrero de 2013 a folio 24 reverso que la paciente tenía pendiente el inicio de caspofungina adecuadamente.

A folio 28, con fecha 15 de febrero: *"paciente con LES activo quien cursa con falla renal y disfunción orgánica, con sepsis en manejo, con ciclo anti fúngico previo y presencia de candida no albicans en rastreo microbiológico por lo que se decide usar caspofungina."*

A folio 29 en la misma fecha: *"solicitud de autorización de servicios de salud de fecha 15 de febrero de 2013 para el medicamento caspofungina de manera urgente porque el paciente se encuentra en UCI."*

El 18 de febrero se reitera que se encuentra pendiente consecución de manejo con caspofungina y plaquetas (fl. 30 y 119 C. Ppal. 1).

Por su parte, los médicos que atendieron a la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO, sobre la afectación a otros órganos o comorbilidades del LUPUS, lo siguiente:

El médico HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA señaló que la paciente tenía falla renal, que había trombocitopenia, retención progresiva de líquidos, proceso infeccioso en la piel, falla respiratoria aguda, empeoramiento de la función renal con ventilación mecánica invasiva, es decir paciente dormida, intubada, posteriormente requiere soporte de hemodiálisis, manejo específico para la infección y posteriormente hace patologías o problemas relacionados con una alveolitis hemorrágica por lupus, en conclusión, tenía compromiso renal, hematológico, pulmonar y una entidad que se asocia a todos estos fenómenos síndrome de insuficiencia cutánea que fue este estado de edema persistente, de retención de líquidos en su piel que aumenta el riesgo de infecciones a nivel de la piel. La paciente recibió un ciclo inicial con terapia antimicótica, un medicamento específico que se

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

llama fluconazol para terapia anticipada para infección por hongos en una paciente que estaba recibiendo un ciclo de antibiótico de amplio espectro que estaba inmunocomprometida por su enfermedad de base y que tenía una amplia posibilidad de tener infección por hongo como efectivamente se documentó tenía una infección llamada "candida albicans", recibió un ciclo completo de fluconazol pero en vista de que la paciente persistía en un proceso séptico, el servicio de Infectología, en este caso el Dr. SAMUEL MARTINEZ participa en las decisiones y considera que se debe cambiar el esquema de fluconazol a caspofungina, el cual para el año 2013 se trataba de un medicamento que estaba fuera del POS y no debía el hospital tenerlos dentro de institución y previamente requiere pasar por un Comité Técnico Científico que aprueba la medicación y el hospital tiene que conseguirlo porque no está expresamente en ese momento en la institución.

El médico SAMUEL MARTINEZ BOTERO atendió a la paciente en el servicio del área de Infectología en razón de un proceso infeccioso que tenía, indicando que conceptuó un tratamiento antibiótico denominado fluconazol el cual no estaba funcionando en la paciente y debía cambiarse por otro medicamento denominado caspofungina. Quien igualmente reiteró que el medicamento no figuraba en el listado de medicamentos POS, por lo que previamente debía hacerse una solicitud de trámite administrativo para conseguirlo. Que una vez suministrado, el medicamento en cierta manera ayuda a controlar el procedimiento infeccioso pero debido a que no contaba con mecanismos de defensa apropiados el medicamento no surtiría mucho efecto.

Respecto al tratamiento del LUPUS y las probabilidades de extender la expectativa de vida, el criterio médico del Hospital Universitario San José y que atendió a la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO refirió lo siguiente:

HECTOR FABIO LONDOÑO ARCILA:

"PREGUNTADO: ¿Puede explicar que es un LES activo? CONTESTO: Es Lupus Eritematoso Sistémico, es una enfermedad de connotación autoinmune, esto quiere decir de que el organismo susceptible genera unos fenómenos de anticuerpos o de una situación de desconocimiento de las células de su propio organismo y genera mecanismos de ataque contra las células y tejidos de su propio organismo. Enfermedad inmunológica. Esta afectación a los tejidos genera fenómenos inflamatorios que como se dice son sistémicos. No están solamente confinados al tejido conectivo o a las articulaciones sino que afecta mucho órganos y sistemas, piel, sistema cardiovascular, tejidos, pulmones, riñones, cerebro, articulaciones, sistema hematológico. Al hablar de activo, al momento del manejo de la paciente, la enfermedad estaba sintomática, es decir estaba activa, inmunológicamente estaba con las manifestaciones clínicas. PREGUNTADO: ¿Esa enfermedad es curable? CONTESTO: Se considera que el LUPUS eritematoso sistémico, salvo algunas connotaciones muy

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

propias como por ejemplo algunos síndromes Lupus inducidos por medicamentos o por drogas en los cuales cuando se retira el medicamento ocurre el LUPUS cuando ocurre de manera espontánea sino bajo una susceptibilidad genética o hereditaria o la exposición a ciertos factores de riesgo se presenta esta enfermedad es más bien controlable pero se considera que no es una entidad curable; sin embargo, en el curso de la evolución de la enfermedad si puede tener ciclos de remisiones y recaídas, esto quiere decir que la persona tratada puede tener episodios asintomáticos de inactividad de la enfermedad, pero posteriormente en el tiempo por alguna consideración específica a exposición a algún agente ambiental, supresión de medicación, etc., estimulación infecciosa sobre todo por virus, el LUPUS puede reactivarse por lo que esta enfermedad presenta un comportamiento de remisiones y recaídas. Algunas otras contextos de la enfermedad, es una enfermedad que tiene una evolución discapacitante y progresiva en el tiempo, es decir es una enfermedad que no tiene ciclos de remisión de la enfermedad sino que evolutivamente y progresivamente en el tiempo la enfermedad permanece activa en el paciente y por supuesto lo lleva a las condiciones de casos muy severos de la enfermedad. PREGUNTADO: ¿No se entiende como una entidad curable, se ha podido establecer cuál es la expectativa de vida de un paciente con LES activo? CONTESTO: Si, para los pacientes que tienen una enfermedad leve, moderada del LUPUS eritematoso, es decir que su compromiso no afecta órganos que tienen que ver con la sobre vida, sino que afecta como por ejemplo órganos como tejido conectivo, piel, articulaciones, etc., se considera que la sobre vida es definitivamente mayor del 90 a 95% con tratamiento a más de 10 años y los primeros 5 años con tratamiento la sobre vida es alrededor del 85%. La cosa cambia cuando el LUPUS se presenta cuando hay compromiso de órganos que si marca un contexto de gravedad y de mortalidad como es el compromiso de enfermedad renal, enfermedad neurológica y enfermedad hematológica. En ese contexto, manifiesto que uno de los principales elementos que define mortalidad en el primer año de diagnosticada la enfermedad, es el LUPUS eritematoso con compromiso renal y con insuficiencia renal que lleve hiperazoemia, lo que quiero decir es que la hiperazoemia es la elevación de los productos tóxicos que normalmente deben eliminarse por el riñón y que normalmente el riñón no lo hace y que necesitan soporte externo como es la terapia diaria o terapia de reemplazo renal. Los análisis multivariados de mortalidad en LUPUS han mostrado que los elementos de peso para definir mortalidad es la insuficiencia renal con hiperazoemia o sea con elevación de los azoados que obliga a terapia de reemplazo renal. Los datos de la literatura demuestran que los pacientes con daño renal en LUPUS eritematoso, entre el primer y segundo año de diagnóstico tienen un riesgo incrementado de mortalidad de 7.7 veces comparado con la población con LUPUS que no tiene problema renal. También, el otro elemento que define mortalidad está relacionado con la trombocitopenia, los pacientes que hacen ataque a las células hematológicas y específicamente a las plaquetas produciendo trombocitopenia, tienen un riesgo incrementado con respecto a la

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

población que no tiene este fenómeno en 4 veces. Los episodios de infección o sepsis tienen un riesgo incrementado de mortalidad de 5.7 veces y un elemento importante que es la recurrencia, es decir la recurrencia se define como el paciente hace manifestaciones de LUPUS mejora y vuelve y cae, tiene un riesgo incrementado de hasta 12.4 veces como riesgo relativo de mortalidad, de tal manera que en este contexto particular, podemos decir que la connotación de enfermedad lúpica de la paciente en cuestión, si tenía unos marcadores importantes de mortalidad con relación a población lúpica que no tiene daño de órganos. PREGUNTADO: ¿A la paciente se le determinó manejo médico paliativo y por qué razón? CONTESTO: Al final de la vida de nuestra paciente en vista de que pese a las intervenciones terapéuticas planteadas en la paciente, manejo de antibióticos soporte ventilatorio, no había una respuesta favorable, entonces entre otras cosas, DARLY estuvo todo el tiempo desde su ingreso, bueno la familia de DARLY desde su ingreso estuvo todo el tiempo informada de la condición médica delicada crítica de la paciente y estuvo en los momentos finales de su vida informada de la situación del pronóstico y de la pobre respuesta terapéutica. Ella estuvo desconectada del ventilador pero se tuvo que volver a intubar debido al empeoramiento de su condición pulmonar y finalmente se decide considerar un contexto de futilidad terapéutica y ofrecer más medidas de sedo analgesia. Fl. 378 el 15 de febrero se suministró caspofungina luego de solicitarse el 13 de febrero."

SAMUEL MARTINEZ BOTERO:

"CONTESTO: Es difícil establecerlo, lo que si es cierto es que estamos ante una paciente complicada por su enfermedad de base de lupus eritematoso, entonces es una paciente que tiene el sistema inmune completamente alterado y que el medicamento ayuda en cierta manera a controlar el procedimiento infeccioso pero teniendo en cuenta que no tiene mecanismos de defensa apropiados el medicamento tampoco va a surtir mucho efecto. Entonces creo que el tiempo de suministro no haya tenido mucho que ver en su desenlace final. El desenlace final de esta paciente tiene que ver con su enfermedad. Esta paciente tiene una enfermedad muy severa de los que se ven pocos casos como el de ella en que la enfermedad afecta todo el organismo. Tenía compromiso hematológico, cardiaco, articular, renal muy severo y su sistema inmune completamente alterado por su enfermedad base."

JAIME EFRAÍN ENRIQUE ZARAMA:

"PREGUNTADO: ¿De acuerdo al folio 36, cuaderno principal 1, se dice que ingresa con nefritis lúpica, qué es esto? CONTESTO: El Lupus es una enfermedad sistémica de origen auto inmune productora de anticuerpos que afecta todos los tejidos conectivos del cuerpo y entre otras como los riñones, usualmente, cerca del 60% de pacientes con lupus tienen compromiso renal y ese compromiso renal es un proceso inflamatorio generado por enfermedad inmune de complejo de

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

anticuerpos que atacan el riñón en ese tipo de personas y que generan un proceso inflamatorio especialmente a través de unas de las estructuras que se llama el glomero y para darles el mensaje, nosotros tenemos 1 millón de nefronas en cada riñón, cada nefrona tiene dos partes una es glomérulo y corpúsculos, por lo tanto tenemos 2 millones de glómeros, por lo que el ataque principal de la nefritis lúpica es el glomérulo que es la estructura en la que se produce la filtración de la sangre y que permite eliminar las toxinas y esa es la función excretora que nos permite vivir en normalidad. En el lupus entonces se estructuran glomerular se afecta principalmente, aunque también puede el componente siguiente intersticial o vascular. Ese proceso inflamatorio se va a manifestar posteriormente a medida que se va ocurriendo con algunos síntomas clínicos y alguna alteración de las pruebas de laboratorio. PREGUNTADO: ¿Para pacientes con lupus el hecho de no tratarle una infección qué consecuencias puede traer? CONTESTO: Puede llegar a provocar un paro de sepsis y un desenlace que puede ser fatal si no se trata. Ese caso no se aplica en la paciente porque desde el momento en que llega con las infecciones que presenta, se van haciendo los ajustes necesarios. En el lupus no se tiene una causa, no es un cáncer pero es tratable siempre y cuando el compromiso no sea tan sistémico, por ejemplo lupus foco renal pero cuando hace foco en otros órganos, realmente en la ciencia se sabe que es una situación imposible de manejar a largo plazo y que lamentablemente a pesar de la edad tienen alta mortalidad haga lo que se haga o este donde este. Se llega a un límite y esto fue lo que sucedió con esta paciente."

Finalmente, en la contradicción del informe pericial y una vez vistas las anotaciones en la historia clínica y las manifestaciones de los médicos que atendieron a DARLY NATALY, el Dr. JUAN RODRIGO MORENO RESTREPO, manifestó que el lupus es una enfermedad crónica que involucra las defensas en el sistema inmunológico cuando se presenta una infección la cual tiene unos desafíos en el manejo especiales porque tienen mayor impacto en una persona con lupus frente a quien no lo padece.

Así entonces, respecto a cada uno de los puntos desarrollados anteriormente, señaló que la paciente tuvo un descenso de las plaquetas, con la aparición de hematuria que es la presencia de sangre en la orina debido al conteo bajo de plaquetas. Indicó que para el 25 de enero de 2013 la paciente prestaba plaquetas muy bajitas con un recuento de 6.000 como su conteo más bajito y paciente con muchos edemas. Sostuvo que el consumo progresivo de plaquetas se da por el lupus pero cuando se presenta una infección las plaquetas tienden a disminuir puesto que afecta el nivel plaquetario y DARLY llegó a 6.000 con sangrados lo cual afectaría el desenlace de su estado.

Encontramos que el perito basó su argumento en la infección que se derivó de la enfermedad de base de LUPUS, a lo cual refirió que la paciente recibió un tratamiento específico denominado ciclofosfamida más prednisolona con el fin de evitar la afectación de otros órganos. La

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

paciente recibió un tratamiento antibiótico cefazolina, oxacilina y clindamicina. Consideró que es de vital importancia la escogencia del antibiótico, que para el presente caso está parcialmente correcta porque se omitió en los estafilococos resistentes a unos antibióticos por lo que era necesario cubrirlo con otros hasta el punto que se le realizó monoterapia porque al modificarse el esquema antibiótico se le suministró solamente la clindamicina. Señaló que para el 13 de enero se le cambió el antibiótico pero aún no lograba cubrir el estafilococo resistente por lo que la paciente continuó empeorando lo que significa que la infección no ha progresado.

Consideró que no hubo un manejo adecuado del foco infeccioso siendo preponderante la escogencia de los antibióticos que para este tipo de pacientes debe ser muy agresiva, porque desde el principio del tratamiento se deben cumplir con las dos alternativas puesto que la toma de antibióticos de forma repetida e inadecuada contribuye a aumentar la resistencia bacteriana a antibióticos por lo que la infección puede ser sensible o resistente a un grupo de antibióticos. Donde se encuentra que para el caso de la paciente hizo falta la vancomicina para combatir la resistencia infecciosa ya que la clindamicina solamente cubre el tejido blando y hace parte de los antibióticos sensibles a la infección; siendo entonces está la causa por la que DARLY no mejoró. La clindamicina sola, entonces, se queda corta en una paciente tan grave más cuando tenía plaquetas tan bajitas, entonces surgió un empeoramiento. Concluyó diciendo que los medicamentos le alteran las defensas a la paciente, en razón a que los antibióticos tienen un efecto adverso siendo importante el punto de partida con la enfermedad de base para establecer el camino a seguir durante el tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, el perito hizo referencia a la dificultad respiratoria con la que ingresó la paciente el 9 de enero de 2013, con afectaciones en la frecuencia respiratoria, la cual para el 25 de enero se agravó por lo que fue intubada, siguiendo para el 30 de enero con fiebre, en malas condiciones; para el 2 de febrero se tuvo una mejoría y se retiró el tubo de ventilación mecánica pero la paciente no toleró y la falla respiratoria persistió a causa de la infección que presentaba en los tejidos blandos y, para el 14 de febrero presentó evento de paro por el poco aporte de oxígeno, además del descenso en las plaquetas y con la radiografía de tórax se evidenció un colapso pulmonar requiriendo entonces del apoyo mecánico de ventilación.

En el presente caso, no puede concluirse con certeza que el suministro oportuno y completo de las plaquetas y el medicamento caspofungina, habría contado con la eficacia causal necesaria para evitar la muerte de la paciente DARLY NATALY MORALES PATIÑO y consecuentemente comprometer la responsabilidad de la entidad demanda, lo que sí resulta claro es que se presentaron omisiones administrativas en el suministro de plaquetas las cuales no se encontraban en el banco de sangre del Hospital Universitario San José

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

pues se encontraba dañada de hace varios meses y la administración del hospital no había resuelto dicho inconveniente. Igualmente hubo tardanza en el suministro del medicamento caspofungina en el que incluso los familiares de la paciente fueron requeridos para que acudieran a la EPS para la consecución del mismo, procedimiento que según el subdirector científico no es procedimiento adecuada pues corresponde a la administración del hospital su consecución.

Según la historia clínica consta que los médicos tratantes de la paciente calificaron como urgente la consecución de las plaquetas a efecto de combatir la plaquetopenia que padecía la señora Darly Natalia, sin embargo como la maquina estaba dañada y su extracción era manual, el procedimiento era más lento, ello a juicio del despacho constituye una evidente falla en el servicio, pues se evidencia que a pesar de que la maquina se encontraba averiada con varios días de anterioridad se evidenció una falta de diligencia en la parte administrativa del Hospital para lograr una oportuna prestación del servicio público, dado que la maquina centrifuga se adquirió incluso meses después de la muerte de la paciente.

Como se dijo en audiencia de pruebas por parte de los testigos que atendieron a la paciente sobre la posibilidad de alargar la vida de la paciente y continuar con el tratamiento de un LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, se estaba en presencia de una enfermedad con evolución discapacitante y progresiva en el tiempo, que cuando se presenta compromiso de órganos si marca un contexto de gravedad y mortalidad superior, como lo son compromiso de enfermedad renal, enfermedad neurológica y enfermedad hematológica.

Se indicó igualmente, que se estaba en presencia de una paciente complicada por su enfermedad de base con el sistema inmune completamente alterado y que si bien los medicamentos ayudaban en cierta manera a controlar el procedimiento infeccioso, ella no tenía los mecanismos de defensa apropiados que generaran otro efecto.

Sin embargo, lo manifestado por el perito se basó principalmente en la escogencia de los antibióticos seleccionados para combatir la infección de la paciente, los cuales se quedaron cortos en una paciente cuya enfermedad de base era el lupus, lo cual hizo que durante la estancia de la paciente en el centro hospitalario empeorara sus condiciones pues como se anotó previamente, desde el 16 de enero la paciente mejoraba lentamente con aceptable condición general, luego para el 23 de enero la paciente empeoró en sus condiciones e incluso se le comunicó a la familia sobre el riesgo de complicaciones y mal pronóstico a pesar del tratamiento suministrado.

Posteriormente, para el 14 de febrero la paciente presentó de forma súbita paro cardiorrespiratorio, además de la desconexión de la ventilación mecánica que se comentó con el informe pericial y que también se evidenció en las anotaciones de la historia clínica,

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

continuaba en malas condiciones generales, con evolución clínica irregular y pronóstico incierto. Finalmente, para el 18 de febrero, paciente en condiciones críticas, se preparó a la familia para el fallecimiento y el 21 de febrero presentó paro cardiorrespiratorio y falleció.

Igualmente, de las anotaciones que se obtuvieron de la literatura médica sobre lo relacionado con el LUPUS, se confirma lo manifestado por los médicos tratantes de DARLY NATALY MORALES PATIÑO, pues se refiere que es una enfermedad autoinmunitaria, crónica y compleja que puede afectar las articulaciones, la piel, el cerebro, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos. Pero cuyo objetivo de un tratamiento iniciado en un paciente con estas características, es con el fin de controlar los síntomas graves que involucran esos órganos y si bien, dentro de las complicaciones del lupus sobresalen las infecciones como un fenómeno frecuente, complejo y con graves consecuencias para el paciente, éstas ocurren tanto al inicio de la enfermedad como en etapas tardías siendo difícil identificar el proceso infeccioso intercurrente como exacerbación de la enfermedad, constituyendo un real desafío diagnóstico y terapéutico.

Por lo tanto, se concluye que resulta complejo determinar la actividad del LES de un proceso infeccioso intercurrente y por tanto establecer el diagnóstico correcto es trascendental ya que la conducta terapéutica a adoptar es diferente. Así, el tratamiento innecesario con antibióticos en ausencia de infección conlleva riesgo de resistencia bacteriana y el uso de inmunosupresores en procesos infecciosos no controlados puede poner en riesgo la vida del paciente. Entonces, el reconocimiento oportuno de las infecciones intercurrente es esencial para la pronta instauración de la terapia y, teóricamente, disminuir la mortalidad atribuida a infección; lo anterior no solamente basado en los argumentos del perito, sino también en los prescritos por la ciencia médica, especialmente en la Revista Colombiana de Reumatología, referenciada anteriormente.

Además que a su ingreso al Hospital San José registró un antecedente de 7 meses con la enfermedad de base. Así lo deja ver la LUPUS FOUNDATION OF AMERICA⁵⁰, que se encarga de acelerar la investigación del lupus y ampliar los límites científicos para mejorar la vida de las personas que lo padecen, pues señala que entre un 10 y 15% de las personas con lupus morirá prematuramente debido a complicaciones del lupus, pues se trata de una enfermedad devastadora que cambia la vida y que actualmente no tiene cura y que a medida que se prolonga la sobrevivencia en estos pacientes, ellos también pueden sufrir un deterioro orgánico y funcional en etapas tardías de la enfermedad, complicaciones crónicas que entre otras cosas pueden aparecer por un inadecuado control de la enfermedad, los efectos adversos de las drogas utilizadas y condiciones de comorbilidad que se agregan en el curso de la misma.

⁵⁰ Página Web consultada el 30 de septiembre de 2019: <http://www.lupus.org/es>

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANIOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Este conjunto de complicaciones que sufren los pacientes con LES representan nuevas formas de enfermedad, hospitalizaciones y causas de muerte⁵¹.

En consecuencia de lo anterior, es claro que un paciente con lupus eritematoso sistémico no va a lograr un estado de salud óptimo que le permita llevar una vida normal pero si se logra establecer desde un principio el reconocimiento de la infección teniendo en cuenta que la enfermedad de base es el LUPUS, lo que complica aún más el tratamiento, se podría reducir la mortalidad en la paciente, es decir, que el tratamiento no fue el más adecuado desde el principio, pues si bien no tiene cura, el deterioro orgánico y funcional incrementa cuando aparece un inadecuado control de la enfermedad, por lo que los efectos adversos de las drogas utilizadas y condiciones de comorbilidad que se agregan en el curso de la misma representan nuevas formas de enfermedad, hospitalizaciones y causas de muerte.

Entonces, si bien la paciente presentaba un cuadro de lupus desde 7 meses atrás en su ingreso en enero de 2013 que como consecuencia del mismo se desarrollaron comorbilidades que afectaron multiplicidad de órganos en la paciente lo que agravó más su situación y lo cual produjo un incremento en su merma de probabilidades de vivir, el tratamiento iniciado en el Hospital Universitario San José de Popayán por sus médicos tratantes no se quede corto respecto de la infección de la paciente sumado a la dilación en el suministro de antibióticos y plaquetas, en efecto le restaron posibilidades de sobrevivida a la paciente.

Así las cosas analiza el despacho que confluyen los elementos para que se configure la pérdida de oportunidad que según la jurisprudencia del Consejo de Estado son:

- (i) Certeza respecto de la existencia de una expectativa que se pierde.

En el presente asunto existe la certeza que la paciente Darly a pesar de que padecía una enfermedad autoinmune según la literatura médica en que se apoya la presente providencia y el perito rindió el dictamen tenía una expectativa cierta y razonable de sobrevivida, pues si bien es cierto su sistema inmune se encontraba deteriorado al causa del lupus no puede afirmarse que la enfermedad de base le quitara por sí sola todas las probabilidades de sobre vida.

En este punto es importante resaltar que en la pérdida de oportunidad el punto de la incertidumbre es intrínseca⁵², es decir no se trata de un problema de falencias probatorias sino que es de

⁵¹ Paula Alba Profesor asociado en Reumatología. Postgrado de Reumatología. Cátedra de Medicina I. Hospital Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina. Consultado en: <http://revistasar.org.ar/revistas/2015/n11/1editorial.pdf> el 30 de septiembre de 2019.

⁵² Medina Alcoz L. (2009) Hacia una nueva teoría de la causalidad en la responsabilidad civil y contractual: La doctrina de la pérdida de oportunidad. En revista responsabilidad civil y seguro

aquellas en que el conocimiento humano es incapaz de advertir que hubiera sucedido de haber suministrado el tratamiento oportuno⁵³. En este asunto aplica puesto que el perito habló de la que la paciente contaba con una **expectativa pero que en todo caso no era posible asegurar el resultado.**

(ii) Imposibilidad definitiva de obtener el provecho: La expectativa legítima con que contaba Darly fue inexorablemente truncada al presentarse la dilación en el suministro de la plaquetas y las caspofungina, pues según la historia clínica la consecuencia de la plaquetas era "urgente" y por otra parte la caspofungina era el medicamento con el cual se pretendía contrarrestar la infección y al respecto el perito informo que según un las guías internacionales en el manejo de la infecciones existen un **concepto fundamental en el manejo de las mismas que es el tiempo y la etiología que es encausar la infección.** Así que la dilación o demora de estos despojó de las expectativas de sobrevivida de la paciente.

(ii) La víctima debe encontrarse en una situación potencialmente apta.

A folio 25-26 del cuaderno de pruebas según el oficio suscrito por los médicos HECTOR FABIO LONDOÑO, GUMERSINDO RIVERA, JOSE LUIS VERHELST y CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS, se indica que para el caso de la paciente Darly (...) *en el contexto de un proceso infeccioso el 30% de la respuesta es inherente al antibiótico en sí o antimicótico para este caso. El otro 70% del éxito es dependiente de la condición inmunológica del paciente para responder a los medicamentos que se suministren desde el principio, condición que en este caso no existía por lo avanzado de su deterioro clínico en razón a la enfermedad de base.*

Sin embargo el medico perito fue insistente en que la paciente si se encontraba en una situación potencialmente apta para sobrevivir a la infección pese al lupus que padecía.

Al respecto indicó: ...Lastimosamente en la medicina no existen comportamientos matemáticos en los desenlaces... para la mejoría se deben cumplir varios requisitos i) antibióticos correctos desde el principio y es una escogencia concreta que aborde todas las posibilidades hipotéticamente hablando; ii) combatir la infección de forma temprana, **los más expedito posible... si me manejan en la primera hora, hay una posibilidad más alta de sobrevivir que si sucede al día siguiente o esa misma semana... entonces, no puedo asegurar si DARLY hubiera salido viva, pero si se hubieran cumplido determinadas variables como las que menciono, las probabilidades hubieren sido mucho mayores.**

⁵³ Medina Alcoz L. (2007). La teoría de la pérdida de oportunidad. Estudio doctrinal y jurisprudencial de Derecho de daños público y privado, Madrid, Editorial Thomson Civitas.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACIÓN DIRECTA

Por otra parte aseguro: "...Las guías internacionales de las infecciones se van actualizando, entonces existe un concepto fundamental en el manejo de las infecciones que es el tiempo en el tratamiento y el estudio del origen o causa de las enfermedades que es encausar la infección. Usted nota que los cambios se hacen en periodos cortos de tiempo, es decir en cuestión de días o de horas y eso es justamente lo que pasó. Lo que pasa es los pacientes graves evolucionan en horas. En cuidados intensivos se juegan con unas hipótesis porque los pacientes cambian en cuestión de horas y en este caso que es difícil tiene que sacar lo mejor que tiene desde el principio.

Entonces, cuando hay una infección grave no se puede olvidar que paciente estamos manejando, se trata de DARLY NATALY que recibió ciclofosfamida, recibió prednisolona, entonces se debe sacar todo el armamento desde el principio, entonces esas hipótesis juegan desde el principio y se hace para garantizar el éxito"

De lo anterior el Juzgado concluye que en efecto cuando la paciente Darly ingresó la HUSJ su estado era regular sin embargo el empeoramiento del mismo se produjo en HUSJ, siendo intrínsecamente imposible (se insiste de ello trata la teoría de la perdida de oportunidad) para el ser humano determinar si de no haber mediado las fallas a que se hacen alusión el resultado sería otro, pero lo que si se puede afirmar es que a pesar de tener deprimido su sistema inmune, no estaba perdidas todas las posibilidades, por tanto el juzgado con apoyo en la prueba técnica concluye que en efecto la paciente se encontraba en posición apta para pretender una oportunidad de sobrevivida, situación diferente que se mirara a continuación es que tan altas o bajas eran las posibilidades de sobrevivida de la paciente Darly es decir cuál es la extensión del perjuicio.

Así las cosas el despacho considera que el HUSJ debe responder la perdida de oportunidad tantas veces aludida

4. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS

De acuerdo a los registros civiles de nacimiento que obran a folios 5 reverso, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 se tiene que:

- HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES y MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DÍAZ, son padres de la víctima.
- JUAN DAVID GÓMEZ MORALES, es hijo de la víctima.
- JONATHAN MORALES PATIÑO y YURI VANESSA MORALES PATIÑO, son hermanos de la víctima.
- NIKOLL SHARIT MONTENEGRO MORALES, es hija de YURI VANESSA MORALES PATIÑO, por lo tanto es sobrina de la víctima.
- BEATRIZ JOSEFINA DIAZ, es abuela de la víctima.
- LISBETH ALEXSANDRA DIAZ, es tía de la víctima.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

En lo que concierne a la cuantificación de la indemnización que corresponde otorgar cuando este daño se ha ocasionado, considera el Despacho oportuno hacer mención a lo que la Sección Tercera del Consejo de Estado dijo al respecto en sentencia del 9 de octubre de 2013⁵⁴, así:

"Por cuanto tiene que ver con la cuantificación de la indemnización a la cual debe dar lugar el reconocimiento de la pérdida de una oportunidad, no está de más reiterar que lo resarcible por este concepto es esa oportunidad misma y no el total de la ganancia o provecho perdido o del detrimento que se pretendía evitar; el objeto de la indemnización es una probabilidad y la adecuada compensación por la pérdida de la misma se corresponde con la apreciación en dinero del porcentaje de posibilidades de que la oportunidad respectiva se hubiere concretado.

"En consecuencia, tratándose de eventos en los cuales se accede a la reparación de la pérdida de un chance, lo indicado no puede ser el reconocimiento, en favor de la víctima, del valor total de la ventaja de la cual fue privado o del deterioro patrimonial que no pudo evitar a raíz del hecho del demandado, sino tener en cuenta que la oportunidad desaparecida tenía un valor y que es éste el que debe ser restablecido; ese valor, según antes se indicó, ha de resultar indiscutiblemente inferior a aquél que hubiere correspondido en caso de haberse demostrado el vínculo causal entre la pérdida del beneficio esperado por la víctima y el hecho de aquel a quien se imputa la correspondiente responsabilidad resarcitoria; es más, como también precedentemente se indicó, el monto de la indemnización por la pérdida de la oportunidad habrá de establecerse proporcionalmente respecto del provecho que finalmente anhelaba el afectado, en función de las mayores o menores probabilidades que tuviere de haber alcanzado ese resultado en el evento de no haber mediado el hecho dañino.

"Ahora bien, para llevar a cabo las correspondientes operaciones y razonamientos en orden a establecer si una oportunidad perdida es resarcible, o no y en qué monto.

'... el juez debe realizar un análisis retrospectivo, para remontarse a la situación en que se hallaba el damnificado al ocurrir el hecho dañoso. Una vez situado allí, tendrá que realizar un análisis prospectivo de cómo podría haber evolucionado la situación del perjudicado, de acuerdo con las circunstancias en que se encontraba; es decir, determinar cuál de sus posibilidades era la de más probable realización. Establecido ello, se deberá evaluar, aproximadamente, cuál era la proporción estimativa de esa posibilidad, en comparación con los otros escenarios futuros posibles de la víctima.

⁵⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección A, exp. 30.286, M.P. Hernán Andrade Rincón, en esa sentencia se reiteró lo dicho en la proferida el 11 de agosto de 2010, exp. 18.593, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

"Sólo entonces surgirá la cuantificación definitiva del chance perdido. Cuando se determine si era probable que se concretara y, por lo tanto, fuese indemnizable; en su caso en qué medida o proporción lo era o si en definitiva no lo era verdaderamente, en cuyo caso no sería, entonces, resarcible'⁵⁵.

"Para la cuantificación de la indemnización a reconocer por concepto de pérdida de oportunidad, entonces, será fundamental e ineludible el recurso a la estadística como herramienta que posibilita construir inferencias sobre la base del cálculo de las probabilidades que realmente tenía la víctima de conseguir el provecho esperado o de evitar la lesión a la postre padecida".

Al respecto en el acápite de pretensiones la apoderada de la parte actora solicita como perjuicios tanto materiales por lucro cesante, como inmateriales, al respecto cabe precisar que la teoría autónoma del perjuicio que ha acogido el Consejo de Estado desde el año de 2010, dejando de la lado de la teoría de la causación probable la cual sitúa la pérdida del chance en la imputación.

La tesis autonómica del bien considera que la perdida se equipara a un interés legítimo y que cuando se causa al daño a dicho interés se produce un menoscabo que no constituye un daño subsidiario sino un daño autónomo, diferente del resultado final que se pretendía evitar.

En este caso el resultado que final que se quería evitar era precisamente la muerte de la señora Darly, sin embargo inexorablemente se perdió dicha oportunidad.

Por tanto el Consejo de Estado con fundamento en la doctrina de la teoría autónoma le ha dado la calidad de bien y ha indicado que ha dicho bien debe atribuírsele un valor en razón a las probalidades que tenía el paciente se sobre vida. Es decir no se indemniza la muerte propiamente sino se itera la oportunidad perdida.

El Juzgado no pasa por alto la divergencia de criterios sobre la manera cómo se debe indemnizar la perdida de oportunidad que ha tenido la Jurisprudencia del Consejo de Estado. Si bien es cierto desde el año 2010 todas las posturas comparten la teoría autónoma de la perdida de oportunidad, en efecto se observa que en algunas providencias por el daño causado por la oportunidad truncada se reconoce únicamente perjuicio morales⁵⁶, en otras ocasiones se reconoce perjuicio morales y adicionalmente se le atribuye valor a la perdida en sí misma⁵⁷ y en otros casos se indemniza con el abanico resarcitorio tradicionalmente avalado por la jurisprudencia en es decir con perjuicios materiales (lucro

⁵⁵ Original de la cita: "TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *La pérdida de chance*, cit., pp. 276-277".

⁵⁶ (Consejo de Estado 2011, M.P Andrade H. exp. 19360).

⁵⁷ (Consejo de Estado. M.P Andrade H. exp. 23632).

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

cesante) y perjuicios inmateriales, específicamente con perjuicio moral⁵⁸.

Al no existir posición unificada corresponde al Juez de instancia, resolver el presente asunto adoptando una de las mentadas posiciones y debidamente motivada.

Así las cosas el Juzgado teniendo en cuenta que la tesis que gravita actualmente en la jurisprudencia del Consejo de Estado es la teoría autonómica, dicha postura debe guardar coherencia con el bien que se indica que se menoscabó, en este caso no es la pérdida de la vida la que se indemniza sino la oportunidad en sí misma, pues se itera en el presente asunto es intrínseca la imposibilidad de determinar si de no haber mediado las fallas a que se hacen alusión la paciente Darly estuviera viva, pero lo que si es cierto es la que la expectativa que tenía era seria, no desdeñable y por tanto el perjuicio es cierto y no eventual o hipotético.

Por tanto el despacho considera que el presente caso debe reconocerse perjuicio moral por el sufrimiento y congoja que sufren la familiares por ver frustrada esa expectativa legítima que se perdió con ocasión de las fallas del servicio apreciadas en esta providencia.

Ahora para determinar la extensión del perjuicio nos apoyamos en la historia clínica, la prueba testimonial y a la prueba pericial y en la literatura.

En este caso se trata de una paciente que cursaba una enfermedad de base que era un LUPUS que padecía una infección nosocomial que al decir del médico Héctor Fabio Londoño con fundamento en los estudios para candida, han mostrado que la candidemia tiene mortalidad del 40% en los pacientes que tienen cuidado intensivo.

Tenía un compromiso hematológico, cardíaco, articular, renal muy severo. Padecía una hipoalbuminemia, esto es la albuminemia baja en sangre, que constituye un marcador de no buenos desenlaces en el curso de la enfermedad, frente a lo cual se indicó que dichos pacientes tienen peores desenlaces que los pacientes con albumina normal.

Ademas se considera que una infección en un paciente con LUPUS, es una infección grave como quiera que se presenta una desventaja en las defensas de un paciente con lupus frente a aquel que no presenta esta alteración y por tanto el riesgo de morir en la paciente a juicio del perito era más alto.

De igual manera la literatura a que se hizo alusión en la providencia nos indica que *dentro de las complicaciones asociadas al lupus eritematoso sistémico (LES) y su tratamiento, sobresalen las infecciones como un fenómeno frecuente, complejo y con graves consecuencias para el*

⁵⁸ {Consejo de Estado M.P Pazos R. exp. 25706}

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

paciente, éstas ocurren tanto al inicio de la enfermedad como en etapas tardías las cuales son una causa importante de morbilidad y mortalidad (temprana y tardía) en pacientes con LES, debido a que hay incremento de la susceptibilidad a infección debido a factores intrínsecos relacionados con la enfermedad y la carga genética, y a factores extrínsecos condicionados por el uso de inmunosupresores, referenciando que las infecciones en el LES son responsables del 40-50% de la morbilidad y mortalidad, siendo las más frecuentes las infecciones bacterianas son las más frecuentes, seguidas por las infecciones virales y fúngicas.

Así las cosas se deduce que la mortalidad de una paciente en cuidado intensivo por infección grave arroja de un 40 a 50% de mortalidad. A ello el juzgado incrementa el porcentaje de morbilidad teniendo en cuenta el estado deterioro del organismo por cuenta del lupus y siguiendo las pautas que en varias oportunidades ha aplicado el Consejo de Estado⁵⁹ sobre el punto de reconocimiento de perjuicios, acudirá al criterio de la equidad como principio que el ordenamiento jurídico —artículo 16 de la Ley 446 de 1998⁶⁰— y por tanto reconocerá a favor de los padres y los hijos, HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES, MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DIAZ y JUAN DAVID MORALES PATIÑO, por perjuicios morales el equivalente al treinta (30) salarios mínimos legales mensuales, para cada uno de ellos.

Frente al reconocimiento de perjuicios morales reclamados por BEATRIZ JOSEFINA DIAZ, en calidad de abuela de la víctima, NIKOLL SHARIT MONTENEGRO MORALES y LISBETH ALEXSANDRA DÍAZ en calidad de sobrina y tías de la víctima, respectivamente, el Consejo de Estado⁶¹ ha entendido que es posible presumir estos perjuicios para el caso de los familiares más cercanos, dada la naturaleza misma afincada en el amor, la solidaridad y el afecto que es inherente al común de las relaciones familiares, presunción de hombre que, desde luego, es susceptible de ser desvirtuada dentro del proceso. (...).

La jurisprudencia ha entendido que las reglas de la experiencia ponen de presente que normalmente sufren dolor moral los padres, hijos, hermanos, abuelos, con la pérdida de un ser querido, razón por la cual es posible presumir su causación con la sola acreditación de la relación de parentesco.

En consecuencia se aplicará la presunción establecida por el Consejo de Estado respecto a que los familiares que ocupan el nivel 2, si bien es

⁵⁹ Así se ha pronunciado esta Sección del Consejo de Estado, entre otras, en las siguientes providencias: sentencia de 11 de agosto de 2010, exp. No. 050012326000199500082 - 01 (18.593); sentencia de 25 de agosto de 2011, exp. No. 250002326000199703994 - 01 (19.718); sentencia de 7 de julio de 2011, exp. No. 520012331000199708974 - 01 (20.139); sentencia del 21 de marzo de 2012, exp. No. 54001233100019972919-01 (22.017), todas con ponencia del Consejero Mauricio Fajardo Gómez.

⁶⁰ Precepto cuyo tenor literal es el siguiente: "Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales".

⁶¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SALA PLENA Consejero ponente: HERNAN ANDRADE RINCON Bogotá, D. C., veintitrés (23) de agosto de dos mil doce (2012). Radicación número: 18001-23-31-000-1999-00454-01(24392).

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

cierto padecen una aflicción, su dolor lo es menor en proporción al de los padres e hijos de la víctima y por tanto se reconocerá la suma de quince (15) salarios mínimos legales mensuales a favor de BEATRIZ JOSEFINA DIAZ. De igual forma se reconocerá para JONATHAN MORALES PATIÑO, YURI VANESSA MORALES PATIÑO en calidad de hermanos de la víctima, la suma de quince (15) salarios mínimos legales mensuales para cada uno.

A favor de NIKOLL SHARIT MONTENEGRO MORALES y LISBETH ALEXSANDRA DÍAZ, en calidad de tías no se reconocerá ninguna suma puesto que no se acreditaron los perjuicios.

Ahora en lo que respecta a la frustración del chance propiamente dicha, dado que el perjuicio autónomo que aquí se indemniza no deviene exactamente de la muerte de la joven Darly sino de la pérdida de oportunidad de sobrevivida, se reconocerá a favor de los padres, hermanos y abuela la suma de treinta (30) salarios mínimos, para cada uno de ellos

- HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES, MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DÍAZ y JUAN DAVID GÓMEZ MORALES, la suma equivalente a TREINTA (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.
- JONATHAN MORALES PATIÑO, YURI VANESSA MORALES PATIÑO y BEATRIZ JOSEFINA DIAZ, la suma equivalente a QUINCE (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

PERJUICIOS MATERIALES

El Juzgado no se pronunciará respecto de los perjuicios materiales solicitados en la demanda, como quiera que ellos se derivan de la muerte de dicha persona y no de la pérdida de oportunidad, motivo por el cual se reconocerá indemnización por dicho concepto.

Al respecto cabe reiterar que la 'pérdida de oportunidad' se diferencia del 'lucro cesante' como rubros diversos del daño, pues mientras que la primera constituye una pérdida de *ganancia probable* —dado que, según se ha visto, por su virtud habrán de indemnizarse las expectativas legítimas y fundadas de obtener unos beneficios o de evitar una pérdida que por razón del hecho dañoso nunca se sabrá si habrían de conseguirse, o no—, el segundo implica una pérdida de *ganancia cierta* —se dejan de percibir unos ingresos que ya se tenían⁶².

⁶² Al respecto la doctrina afirma que "...en el lucro cesante está 'la convicción digamos más o menos absoluta de que determinada ganancia se produzca', mientras que en la pérdida de chance hay 'un álea que disminuye las posibilidades de obtenerla', díjase que en el lucro cesante el reclamo se basa en una mayor intensidad en las probabilidades de haber obtenido esa ganancia que se da por descontado que de no haberse producido el hecho frustrante se habría alcanzado. Desde el prisma de lo cualitativo cabe señalar que el lucro cesante invariablemente habrá de consistir en una ganancia dejada de percibir, en tanto que la pérdida de chance puede estar configurada por una ganancia frustrada y además por la frustración de una posibilidad de evitar un perjuicio". Cfr. VERGARA, Leandro, *Pérdida de chance. Noción conceptual. Algunas precisiones*, LL, 1995-D-78, N° 3, apud TRIGO REPRESAS, Félix Alberto, *Pérdida de chance*, cit., p. 262.

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

5. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

El HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN llamó en garantía dentro de esta actuación a la compañía aseguradora LA PREVISORA S.A., en virtud de la póliza de responsabilidad civil extracontractual derivada de cumplimiento No. 1001598, la cual afirma se encontraba vigente para la fecha de los hechos.

El llamamiento en garantía es una figura procesal que permite convocar a un tercero al proceso, ante la existencia de un derecho legal o contractual, con el fin de que en el mismo se resuelva dicha relación y se determine si hay lugar a responderle al llamante, por una eventual condena contra éste. El objeto del llamamiento en garantía es que el llamado se convierta en parte procesal, a fin de que haga valer en el proceso su defensa acerca de las relaciones legales o contractuales que lo obligan a indemnizar.

En este caso, tenemos que existe un derecho contractual entre el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYÁN y la compañía de seguros LA PREVISORA S.A., el cual se encuentra materializado en una póliza de seguros No. 1001598, y al ser analizada (folio 3-8 del C. de Llamamiento en garantía), encontramos que la misma cubría los siniestros que se ocasionaran entre el 31 de enero de 2013 hasta el 30 de noviembre de 2013, es decir que sí se encontraba vigente al momento de la atención de la señora DARLY NATALY MORALES PATIÑO.

El Consejo de Estado, ha señalado sobre el riesgo asegurable:

"(...)

25.2. El riesgo asegurable: Este corresponde, según lo dispuesto por el artículo 1054, al "(...) suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador", estableciendo la norma que "Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento".⁶³

Igualmente, respecto del concepto de siniestro en sentencia de 12 de mayo de 2010, con ponencia del Dr. Hugo Fernando Bastidas Bárcenas señaló:

"El siniestro, por su parte, es la realización del riesgo asegurado, y, por tanto, "incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la

⁶³ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION B Consejero ponente: DANILO ROJAS BETANCOURTH Bogotá D.C. diecinueve (19) de junio de dos mil trece (2013) Radicación número: 25000-23-26-000-2000-02019-01(254/2) Actor: HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUATAVITA Demandado: LA PREVISORA COMPAÑIA DE SEGUROS Referencia: acción de controversias contractuales

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

ocurrencia del mismo, el menoscabo patrimonial que le irroga (perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado." En ese orden de ideas, en un contrato de seguro de cumplimiento, el nacimiento de la obligación a cargo del asegurador está subordinado al acaecimiento del evento dañoso previsto por las partes. Por ende, el siniestro constituye el origen de la obligación de pagar las correspondientes indemnizaciones."

Y según el Código de Comercio (art. 1072), el siniestro es la "realización del riesgo asegurado", lo que en otras palabras significa la ocurrencia del hecho que fue previsto como probable en la póliza al momento de tomar el seguro.

De acuerdo a las pruebas que obran en el expediente, en la Póliza No. 1001598, se señaló como amparos contratados los siguientes:

*"COBERTURA DE CLÍNICAS Y HOSPITALES
USO DE EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAP
ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES
(...)
DAÑOS EXTRAPATRIMONIALES – 100.000.000*

Valor asegurado: 500.000.000

OBJETO: Se ampara la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud."

Teniendo en cuenta que en el presente proceso, se condenó al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN al pago a los accionantes por concepto de pérdida de oportunidad y perjuicios morales y perjuicio por la pérdida de oportunidad los cuales se catalogan de signo personal o extramatrimonial, en este caso en especial el chance no tiene que ver con el patrimonio de la víctima sino con esa expectativa legítima que se truncó de sobre vida y que se valora a efectos lograr una indemnización plena.

En la lectura de la póliza, se estableció el 15% del límite de indemnización por los daños extrapatrimoniales, frente a este tema la Corte Suprema de Justicia en sentencia de fecha 1 de octubre de 2014 sostiene:

"Recapitulando: i) las aseguradoras, por virtud del seguro de responsabilidad sólo están legalmente obligadas a pagar los perjuicios patrimoniales causados a la víctima o víctimas por el asegurado y no los sufridos por éste; ii) los perjuicios patrimoniales comprenden el daño emergente, el lucro cesante y los daños morales objetivados; iii) por tanto, no se incluyen perjuicios morales subjetivos ni daños fisiológicos o de la vida en relación, los que en consecuencia las aseguradoras no están obligadas a pagar, salvo estipulación en contrario; y iv) si el

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

asegurado pretende que paguen por él o le reembolsen las sumas que haya pagado por concepto de perjuicios morales subjetivos o daño en la vida de relación, debe aparecer en el contrato de seguro de responsabilidad una cláusula que asegure ese interés.

Lo anterior nos lleva afirmar que efectivamente como se encuentra consignado en la póliza, el límite de indemnización por concepto de perjuicios extrapatrimoniales será del 15%, y así se declarará respecto de la entidad llamada en garantía.

Por lo anterior, se condenará a LA PREVISORA S.A. a restituir al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ la suma que por perjuicios cancele a la parte accionante, reembolso que no podrá superar el límite máximo del valor asegurado y/o pactado en la póliza No. 1001598, y para el cual se tendrá en cuenta el deducible convenido.

Resueltos todos los extremos de la Litis procederemos a referirnos a las costas y agencias del derecho.

6. CONDENA EN COSTAS

Según lo previsto en el artículo 188 del CPACA, la sentencia deberá disponer "sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil". A su vez, el artículo 365 del CGP señala que se condenará en costas a la parte vencida en el proceso.

Así las cosas, la parte accionada fue vencida en juicio, por lo cual se le condenará en costas según las preceptivas antes mencionadas. Para tales efectos se dispondrá que por Secretaría se liquiden las costas y agencias en derecho las que se fijaran en el 0,5 % de las pretensiones negadas en la sentencia lo dispuesto en el artículo 366 del CGP y el Acuerdo 1887 de 2003, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

En mérito de lo expuesto, EL JUZGADO SEXTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE POPAYÁN, administrando Justicia en el nombre de la República y por Autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- DECLARAR no probadas la excepciones formuladas por el apoderado del Hospital Universitario San José de Popayán, de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO.- DECLARAR administrativamente responsable al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN por los daños ocasionados a la parte demandante como consecuencia de la muerte de la muerte de DARLY NATALY MORALES PATIÑO que se materializaron en la pérdida de

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

oportunidad como consecuencia de la falla en la prestación del servicio de salud, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO.- CONDENAR al HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, a pagar a la parte demandante,

Por concepto de pérdida de oportunidad:

- HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES, MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DÍAZ y JUAN DAVID GÓMEZ MORALES, la suma equivalente a TREINTA (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.
- JONATHAN MORALES PATIÑO, YURI VANESSA MORALES PATIÑO y BEATRIZ JOSEFINA DIAZ, la suma equivalente a TREINTA (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

Por concepto de perjuicios morales:

- HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES, MIRIAN DEL SOCORRO PATIÑO DÍAZ y JUAN DAVID GÓMEZ MORALES, la suma equivalente a TREINTA (30) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.
- JONATHAN MORALES PATIÑO, YURI VANESSA MORALES PATIÑO y BEATRIZ JOSEFINA DIAZ, la suma equivalente a QUINCE (15) salarios mínimos legales mensuales vigentes, para cada uno.

CUARTO.- CONDENAR a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, a restituir HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN, la suma que ésta última cancele a la parte demandante por concepto de condena aquí señalada, reembolso que no podrá superar el límite máximo de responsabilidad pactado y para el cual se tendrá en cuenta el deducible convenido, según se expuso en esta providencia.

QUINTO.- NEGAR las demás pretensiones de la demanda.

SEXTO.- El HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN dará cumplimiento a esta sentencia en los términos previstos en el artículo 192 y 195 del CPACA.

SÉPTIMO.- CONDENAR en costas a la parte demandada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 188 del C.P.A.C.A. Líquidense por secretaría. FÍJENSE las Agencias en derecho en la suma equivalente Al 0,5 % de las pretensiones que se acceden en la sentencia, las cuales se tendrá en cuenta al momento de liquidar las costas.

OCTAVO.- NOTIFICAR esta providencia tal y como lo dispone el artículo 203 del Código de Procedimiento Administrativo y de Lo Contencioso

Expediente: 19001-33-33-006-2014-00083-00
Demandante: HECTOR ORLANDO PANTOJA MORALES Y OTROS
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN
Medio de Control: REPARACION DIRECTA

Administrativo, en concordancia con lo señalado en el artículo 295 del Código General del Proceso.

NOVENO.- ARCHIVAR el expediente previa cancelación de su radicación, una vez esté ejecutoriada esta providencia. Por secretaría liquídense los gastos del proceso.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Jueza,


MARÍA CLAUDIA VARONA ORTIZ