

## REPÚBLICA DE COLOMBIA



### JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SECCIÓN TERCERA -

Bogotá, D.C, veintitrés (23) de septiembre de dos mil veintidós (2022)

Expediente	110013336035201300331 00
Medio de control	Reparación Directa
Demandante	María Dary Martín Daza y Otros
Demandada	- EPS-S CONVIDA - E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina - Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.
Llamado en Garantía	- Seguros del Estado S.A.

### SENTENCIA

Agotadas las etapas y revisados los presupuestos procesales del medio de control de reparación directa, sin que se adviertan causales de nulidad que invaliden lo actuado, procede este Despacho Judicial a proferir sentencia dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 187 de la Ley 1437 de 2011.

### I. ANTECEDENTES

#### 1.1. LA DEMANDA

Mediante apoderado judicial, los señores Saúl Antonio Bejarano Barahona y María Dary Martín Daza, quienes actúan en causa propia y en representación legal del menor YFBM<sup>1</sup>, Yeismi Yarley Daza Martín, Aider Antonio Bejarano Martín, Saúl Esneider Bejarano Martín, Miller Yesid Martín Daza, Daisy Lorena Martín y Oscar Iván Gómez Hernández, presentaron demanda de reparación directa en contra de EPS -S CONVIDA, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., con el fin de que se declararan administrativa y patrimonialmente responsables, por los perjuicios causados por la muerte de Deiby Faidy Bejarano Martin.

#### 1.2. PRETENSIONES

La parte actora solicitó se hicieran las siguientes declaraciones y condenas:

**"(...) 1.1. Que CONVIDA E.P.S-S, E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE MEDINA y HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E., son responsables de la totalidad de los daños y perjuicios ocasionados a DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN (víctima directa), MARÍA DARY MARTIN DAZA (Madre de la víctima directa), SAÚL ANTONIO BEJARANO BARAHONA (Padre de la víctima directa), YFBM, YEISMI YARLEY DAZA MARTIN, AIDER ANTONIO BEJARANO MARTIN, SAÚL ESNEIDER BEJARANO MARTIN, MILLER YESID MARTIN DAZA, DAISY LORENA MARTIN (Hermanos de la víctima directa), así como a**

<sup>1</sup> En consideración a que los hechos de la presente acción involucran cuestiones que se relacionan con la órbita personal de un menor, la cual está protegida por su derecho fundamental a la intimidad, en aplicación de los parámetros de protección instituidos en la Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia", y con el fin de proteger sus derechos, en esta providencia se cambia su nombre y en toda futura publicación de la misma, en tal virtud, se reemplaza el nombre del menor YFBM

**OSCAR IVÁN GÓMEZ HERNÁNDEZ** (Compañero permanente de la víctima directa), por la muerte de **DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN**, quien fue atendida de forma tardía e indebida por parte de las entidades demandadas.

**1.2.** En consecuencia de la anterior declaración, condénese a **CONVIDA E.P.S-S, E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PILAR DE MEDINA** y **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.** a pagar por concepto de perjuicios los siguientes rubros:

**1.3. DAÑO MORAL:** cuanto menos los parámetros jurisprudenciales de las altas Cortes, así:

- 1.3.1** Para **MARÍA DARY MARTIN DAZA** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.2** Para **SAÚL ANTONIO BEJARANO BARAHONA** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.3** Para **OSCAR IVÁN GÓMEZ HERNÁNDEZ** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.4** Para **YFBM** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.5** Para **YEISMI YARLEY DAZA MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.6** Para **AIDER ANTONIO BEJARANO MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.7** Para **SAÚL ESNEIDER BEJARANO MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.8** Para **MILLER YESID MARTIN DAZA** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.9** Para **DAISY LORENA MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.
- 1.3.10** Para la sucesión de **DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

1	MARÍA DARY MARTIN DAZA	100 SMLMV
2	SAÚL ANTONIO BEJARANO BARAHONA	100 SMLMV
3	OSCAR IVÁN GÓMEZ HERNÁNDEZ JOHAN (sic)	100 SMLMV
4	YFBM	50 SMLMV
5	YEISMI YARLEY DAZA MARTIN	50 SMLMV
6	AIDER ANTONIO BEJARANO MARTIN	50 SMMLV
7	SAÚL ESNEIDER BEJARANO MARTIN	50 SMMLV
8	MILLER YESID MARTIN DAZA	50 SMMLV
9	DAISY LORENA MARTIN	50 SMMLV
10	Para la sucesión de la Víctima Directa los daños morales sufridos por la señora DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN	100 SMMLV
	<b>TOTAL</b>	<b>700 SMMLV</b>

Los 700 salarios mínimos legales vigentes de Daño moral equivalen a \$ 482.617.800

**1.4. DAÑO MATERIAL:** Respecto de éste perjuicio es importante tener en cuenta que la víctima, **DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN**, se desempeñaba como ama de casa (tal y como acreditara en su momento), labor que la jurisprudencia reconoce como un aporte en especie al hogar y que debe ser indemnizado teniendo como base el salario mínimo mensual legal vigente. De acuerdo con los presupuestos jurisprudenciales estos perjuicios se liquidaran (sic) así:

Fecha Nacimiento de la paciente: 16-mar-95  
Edad al momento del fallecimiento 20,3 años  
Vida probable 65,1 (Res. 1555 de 2010)  
Fallecimiento 08-jul-15  
Fecha Liquidación 15-sep-16

Compañero Oscar Iván Gómez Hernández  
Nacimiento 4-mar-1990  
Vida probable 55,1 años (Res. 1555 de 2010) 661,2 meses

Ingreso (salario mínimo 2015) \$644.350  
Factor Prestacional 25%  
Renta Histórica \$805.437,5

Renta Histórica \$805.437,5

IPC Inicial (julio-15) 122,31  
IPC Final (agosto-16) 132,85  
**IBL 874.845,6535**

Tasa Interés 0,004867 Equivale 6% anual

Descuento de Gastos Personales 25%  
**IBL 656.134,2401**

### **INDEMNIZACIÓN OSCAR IVÁN GÓMEZ HERNÁNDEZ**

LUCRO CESANTE CONSOLIDADO (Fecha Fallecimiento 8-07-2015 - Liquidación 15-09 2016)

(...)

<b>TOTAL LUCRO CESANTE</b>	<b>138.473.305</b>
----------------------------	--------------------

#### **1.5 DAÑOS Y PERJUICIOS A LA VIDA DE RELACIÓN**

**1.5.1.** Para **MARÍA DARY MARTIN DAZA** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.2.** Para **SAÚL ANTONIO BEJARANO BARAHONA** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.3.** Para **OSCAR IVÁN GÓMEZ HERNÁNDEZ** cien salarios mínimos mensuales legales vigentes (100 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.4.** Para **YFBM** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.5.** Para **YEISMI YARLEY DAZA MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.6.** Para **AIDER ANTONIO BEJARANO MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.7.** Para **SAÚL ESNEIDER BEJARANO MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.8.** Para **MILLER YESID MARTIN DAZA** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

**1.5.9.** Para **DAISY LORENA MARTIN** cincuenta salarios mínimos mensuales legales vigentes (50 SMLMV) o el máximo jurisprudencial.

En total, siendo 9 las víctimas reclamantes, serían 600 salarios mínimos legales mensuales vigentes, de alteraciones a la vida de relación, que equivalen a \$ 413.672.400

#### **1.6 DAÑO A LA SALUD PADECIDO POR LA SEÑORA DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN, RECLAMADO MEDIANTE ACCIÓN HEREDITARIA.**

En este evento es innegable el daño a la salud sufrido por la señora DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN, como consecuencia de la tardía y deficiente atención brindada por las entidades demandadas.

(...)

**1.6.1** Para la Sucesión de DEIBY FAIDY BEJARANO MARTIN, teniendo en cuenta la gravedad de las lesiones sufridas y en consonancia con las directrices jurisprudenciales, este daño se tasa en 400 SMLMV, que equivalen a \$ **275.781.600**

En conclusión los perjuicios solicitados por los convocantes se totalizan de la siguiente manera:

Total perjuicios extrapatrimoniales: \$ **1.172.071.800**

Total perjuicios patrimoniales: \$ **138.473.305**

**TOTAL INDEMNIZACIÓN \$ 1.310.545.105 (...)**

### 1.3. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

El fundamento fáctico de la demanda es el que a continuación se sintetiza:

- Desde el 2 de octubre de 2009 Deiby Faidy Bejarano Martín estuvo afiliada a EPS – S CONVIDA.
- El 16 de abril de 2015 Deiby Faidy Bejarano Martín dio inicio a sus controles prenatales en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina. Por lo cual, asistió a sus controles prenatales y cumplió con las indicaciones dadas por los profesionales para evitar cualquier tipo de complicación durante su embarazo.
- El 17 de mayo de 2015 ingresó al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina por presentar un cuadro clínico de dolor lumbar asociado a edema bilateral de miembros inferiores sin que le brindara un tratamiento adecuado.
- El 20 de mayo de 2015 acudió al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. con el fin de obtener una mejor atención y por presentar cefalea, vómito y sangre en la orina; sin embargo, fue devuelta a casa *“sin que tomaran en serio sus síntomas y signos y sin que estableciera el origen de sus dolencias, ni mucho menos se brindara el tratamiento requerido”*.
- El 21 de mayo de 2015 la paciente regresó nuevamente a urgencias de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina con edema en los pies.
- El 27 de mayo de 2015 nuevamente consultó por urgencias en la misma Institución en la cual le ordenaron supervisión por embarazo de alto riesgo; sin embargo, la misma no fue realizada.
- El 17 de junio de 2015 consultó por el servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina en donde ordenaron de manera tardía el traslado de la paciente al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E.
- El 18 de junio de 2015 la paciente ingresó el 18 de junio de 2015 Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. siendo inmediatamente internada en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- El 8 de julio de 2015 presentó bradicardia extrema con asistolia sin respuesta y posteriormente falleció a las 11:55 a.m.
- El 21 de agosto de 2015 en las instalaciones de la Gobernación de Cundinamarca se realizó el Comité Epidemiológico de Mortalidad Materna – COVE – en el que asistieron delegados de EPS -S CONVIDA, ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, Hospital Departamental de Villavicencio ESE, Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., Secretarías de Salud de Cundinamarca y del municipio de Medina. En dicho análisis determinaron como fallas en la atención suministrada a la paciente en la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, un *“desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación, parto y posparto, el personal de salud no tiene caracterizada la gestante, no se realizó seguimiento a la gestante de alto riesgo, debilidad en el trabajo articulado, asegurador, IPS y E.S.S. – locales para la parte de apoyo social, no se detectó riesgo biosocial, no se toma la decisión oportunamente de remitir (urgencias o a especialista), falla en la toma, recepción y resultados de laboratorio, falla en el diligenciamiento de la historia clínica, falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención”*, entre otros.
- Asimismo, indicó que en dicho Comité también evidenció otra falla del servicio del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. consistente en que *“se quedaron cortos en las acciones ante la situación en salud que llevaba la paciente, devolviéndola a su casa sin tomar en serio los signos y síntomas que ya aseguraban una falla renal”*; *“inadecuado direccionamiento de la paciente al nivel de complejidad pertinente”*, *“atención en niveles no acordes con a la gravedad”*, entre otros.

- Señaló que ante la falta de valoración oportuna del especialista no le diagnosticaron a su debido tiempo la falla renal y, por ende, perdió la oportunidad de recibir el tratamiento adecuado para evitar la muerte prematura de la joven Deiby Faidy Bejarano Martin.

#### **1.4. FUNDAMENTOS JURÍDICOS DE LA DEMANDA**

La parte demandante principalmente invoca como fundamento jurídico de sus pretensiones el preámbulo de la Constitución Política de Colombia y sus artículos 1, 2, 5, 6, 11, 12, 13, 29, 42, 88, 90, 93, 95, 124, 36; asimismo, trajo a colación el artículo 140 y demás disposiciones concordantes del CPACA y los artículos 1613 a 1617, 2341, 2344, 2352, 2356 y siguientes del Código Civil; igualmente, el artículo 97 del Código Penal; los artículos 4 y 8 de la Ley 153 de 1887, artículo 16 de la Ley 446 de 1993 y la Ley 954 de 2005.

#### **1.5. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

##### **1.5.1. EPS – S Convida**

EPS – S CONVIDA<sup>2</sup> dio contestación a la demanda oponiéndose rotundamente a las pretensiones argumentando que no se puede declarar administrativamente responsable a la EPS porque su labor se contrae a realizar los contratos para la prestación de los servicios médicos con todas las IPS a nivel Nacional, por cuanto sus objetivos institucionales se contraen al aseguramiento de sus afiliados al régimen subsidiado.

Adujo que la EPS – S no es responsable administrativamente de la presunta falla del servicio por la atención tardía de la paciente e indebida atención por parte de los médicos tratantes, pues tal hecho recae en contra de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. La EPS – S no efectúa la prestación directa de los servicios de salud y en caso de existir una eventual condena la EPS – S resulta excluida por virtud del clausulado pactado en los contratos celebrados con las IPS, que dice, *"en todos los casos en que se demande judicialmente o extrajudicialmente a la EPS'S CONVIDA con ocasión de las posibles irregularidades y/o deficiencias en la prestación de servicios de salud a sus afiliados, EL CONTRATISTA que presto los servicios será el directamente responsable por los perjuicios causados por la deficiencia demostradas"*.

Paralelamente propuso como excepciones de mérito las denominadas *"ausencia de nexo causal"*, *"ausencia de falla en el servicio y responsabilidad de la EPS'S CONVIDA"* y *"ausencia de responsabilidad de la EPS'S CONVIDA"*, todas sustentadas con similares argumentos que refieren a la no demostración de la falla del servicio médico imputada a la EPS como tampoco el nexo causal, puesto que el deceso de la paciente obedeció a circunstancias ajenas a la EPS – S.

En consecuencia, pidió la negar las pretensiones de la demanda.

##### **1.5.2. Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.**

El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. se opuso a las pretensiones y puso en entredicho la gran mayoría de los hechos; propuso además como excepciones de mérito la denominada *"inexistencia de relación de causalidad entre el presunto daño sufrido y la prestación del servicio médico parte del Hospital Departamental de Villavicencio"*. Adujo que las atenciones brindadas en consulta externa en el mes de mayo de 2015 le brindaron atención oportuna y eficiente frente a la patología de hematuria que presentaba desde hacía 2 meses, siendo confirmada con exámenes de laboratorio; y posteriormente le fue diagnosticado nefropatía aguda bilateral, por lo que fue remitida a un Hospital de III Nivel.

Por consiguiente, pidió que se negaran las pretensiones de la demanda.

---

<sup>2</sup> Contestación de la demanda del 11 de diciembre de 2017 presentada por EPS-S CONVIDA obrante a folios 173 a 206 del Cuaderno 1

### **1.5.3. E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina**

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina dio contestación a la demanda oponiéndose a las pretensiones basado en las excepciones de mérito que denominó "*inexistencia de nexo causal*" e "*inexistencia de responsabilidad médica por la no adherencia de la paciente al tratamiento*". Esto, por cuanto en su control prenatal del 14 de mayo de 2015 y luego en su ingreso por urgencias el 17 de mayo del mismo año, no presentó resultados de ecografías consultando únicamente por un dolor lumbar asociado a edema bilateral sin otra sintomatología asociada. Fue solo hasta el 21 de mayo de 2015 que la paciente acudió por el servicio de urgencias por hematuria sin otra sintomatología asociada y sin respuesta inflamatoria por encontrarse hemo dinámicamente estable.

Con apoyo en lo anterior, indicó que en esos momentos el cuadro clínico era muy inespecífico para determinar la falla renal por cuanto el motivo de consulta no era uniforme ni permanente y porque, además, es una Institución de Nivel I de atención que no cuenta con las imágenes diagnósticas ni de los especialistas que requería la gestante. Hizo énfasis en que el 25 de mayo de 2015 nuevamente ingresó a Urgencias por edemas en los pies y que para el Hospital "*es normal que a una paciente en estado de gestación tenga edema en las extremidades inferiores y es totalmente normal ya que según estadísticas el edema leve o benigno afecta aproximadamente al 75% de las mujeres embarazadas*"; así que en su momento no se observaron cambios importantes del edema. Fue el 27 de mayo cuando consultó otra vez por urgencias en la misma Institución en la que se advirtió la falla renal, y por ello se ordenó supervisión por embarazo de alto riesgo siendo atendida en consulta del Programa P&P Control Prenatal en tres oportunidades.

Señaló que el 11 de junio de 2015 en control prenatal a la paciente le fue diagnosticada insuficiencia renal sin presencia de edemas. Luego para el día 17 de junio ingresó por el servicio de urgencias siendo ordenada su remisión al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. encontrándose hemo dinámicamente estable.

Del mismo modo explicó que la atención que le brindó el Hospital fue oportuna y de forma acertada al embarazo clasificado como de alto riesgo; oportunamente fue redireccionada a interconsultas de gineco obstetricia y medicina interna; que a la paciente le indicaron los signos de alarma por los cuales debía reconsultar como los factores de riesgo durante el embarazo. Hizo énfasis en que en los controles prenatales la sintomatología urinaria en su momento fue considerada normal, pero después ante la complejidad de la insuficiencia renal fueron ordenados exámenes de mayor complejidad que requerían ser autorizados por la EPS -S y su toma en un hospital de mayor nivel.

Basado en lo anterior, contravirtió lo dicho en el COVE Mortalidad Materna realizado el 21 de agosto de 2015 en la Gobernación de Cundinamarca, porque, dice, no es cierto que "*no se detectó riesgo biopsicosocial*", pues sí fue clasificado el embarazo como de alto riesgo. Que tampoco es cierto que "*no se toma la decisión oportunamente de remitir (urgencias o especialistas*" porque sí se solicitaron oportunamente interconsultas con ginecoobstetricia y medicina interna. Tampoco es cierto que "*falló en la toma, recepción y resultados de laboratorio*", pues a la gestante sí le tomaron exámenes correspondientes al I trimestre del embarazo y de acuerdo a su edad gestacional. Desmiente también la afirmación de que "*falló en el diligenciamiento de historia clínica*" porque en ella sí quedaron registrados todos los antecedentes patológicos de la gestante, hallazgos clínicos, diagnósticos, solicitud y resultados de paraclínicos, recomendaciones a seguir, interconsultas y remisión final a Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E.

Con todo, pretende desvirtuar lo dicho en el COVE de Mortalidad Materna porque, en su sentir, no analizó la no "*adherencia de la paciente*" por no realizarse sus paraclínicos, ni las ecografías y por no acudir a las interconsultas de la medicina interna y gineco obstetricia; por tal razón, no es dable derivar responsabilidad a cargo del Hospital. Por consiguiente, pidió negar las pretensiones.

### **1.5.4. Llamado en garantía – Seguros del Estado S.A.**

Seguros del Estado S.A. dio contestación a la demanda y al llamamiento en garantía, para lo cual propuso la excepción de mérito que denominó "*ausencia de responsabilidad de parte de la*

E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina" y, por ende, pidió la "no afectación de la póliza de responsabilidad civil extracontractual n° 17-02-101004095" por la "indebida tasación de los perjuicios morales". Adicionalmente, propuso "indebida tasación de perjuicios morales" y "objeto de la póliza de responsabilidad civil extracontractual P.L.O. N° 17-02-101004095". Todo ello porque no se observa falta alguna en la prestación del servicio de salud por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, pues todos los servicios prestados a la paciente estuvieron encaminados a diagnosticar y tratar las patologías con que ingresó a la Institución, máxime que, por tratarse de ser primer nivel de atención, para la fecha de los hechos no se contaba con el equipo profesional ni científico para brindarle atención especializada que ella requería.

Como sustento adicional de las defensas explicó que el médico tratante se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance, pero no se obliga por el resultado, es decir por la recuperación de la salud de la paciente. En tal virtud, alegó que la activación de la póliza de seguro solo puede materializarse cuando la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina sea en efecto el responsable de la ocurrencia del siniestro o de los perjuicios patrimoniales ocasionados a las víctimas. En esa medida, afirmó que la falla del servicio médico surge de un trámite administrativo que no es atribuible a la Institución.

No obstante, puso de presente que en el hipotético caso de llegar a encontrar que la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina sea responsable de los daños causados a la parte demandante, pidió aplicar las exclusiones de la póliza N° 17-02-101004095 toda vez que de la cobertura se excluyó el amparo de los perjuicios morales y los perjuicios por lucro cesante; así como la responsabilidad profesional motivos por los cuales esta responsabilidad no se puede trasladar a la aseguradora. Adicionalmente, hizo hincapié que también fue pactado un límite de responsabilidad equivalente a \$50.000.000 junto con un deducible del 10% que debe ser asumido por el asegurado.

## **1.6. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

### **1.6.1. Parte Accionante**

El apoderado judicial de la parte demandante reiteró los fundamentos fácticos de la demanda. Como soporte de su tesis trajo argumentos adicionales a los expuestos en el libelo demandatorio con fundamento en las diferentes consultas externas porque, en su sentir, desde antes del primer control prenatal se avizoraba hallazgos que en su momento al médico tratante le permitía entrar a determinar la causa de ello. Indicó que en la consulta externa del 11 de marzo de 2015 el médico Henry Reina Moreno pasó por alto los resultados de paraclínicos que daban cuenta de la presencia de hematíes (sangre) con una característica importante 100% fantasmas, y que esta terminología hace referencia a una alteración de la morfología de los eritrocitos.

Que con este antecedente y luego con ocasión de su estado de embarazo diagnosticado el 16 de abril de 2015, no se tuvo en cuenta dicho factor de riesgo gineco obstétrico, porque, si bien fue clasificado de alto riesgo por un antecedente de aborto, dejó de lado determinar el riesgo gineco obstétrico por hematuria y proteinuria ante la posible sospecha de falla renal.

Del mismo modo, argumentó que la paciente de forma reiterativa acudió a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar con los resultados de uroanálisis que daban cuenta de hematíes en un 80 % frescos 20%; y que, en la consulta del 25 de abril de 2015, el médico tratante únicamente se limitó a dar orden de repetir el uroanálisis por sospechar una infección urinaria. Efectivamente, ese día fue repetido el uroanálisis persistiendo la presencia de hematuria y de proteinuria en la orina; tales hallazgos requerían ser tratados inmediatamente por cuanto se debía correlacionar su análisis sobre si también existía la presencia de eritrocitos dismórficos por ser indicativos de daño glomerular (renal). No obstante, aun cuando la paciente acudió el 28 de abril de 2015 a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, el médico Luis Jesús Rodríguez le dio plan de manejo como si se tratara de una infección urinaria, pues solamente le prescribió antibiótico, y, ordenando otra vez uroanálisis de control, hecho que conllevó a la pérdida de oportunidad por no ser remitida a una Institución de mayor complejidad.

En la valoración que el 5 de mayo de 2015 la médica Jenny Patricia Gómez le hizo a la paciente, se anotó como registro el *"urocultivo como negativo"*; y que ante la alteración que venía presentando en los exámenes se ordenó por primera vez la interconsulta por la especialidad de ginecología y de medicina interna. Esto evidencia, dice, que la paciente sí requería atención en un nivel de alta complejidad. Además, asegura que, en el ingreso de urgencias del 17 de mayo del mismo año, se incurrió en una falla del servicio médico de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina por desconocimiento del factor de riesgo obstétrico al anotarse *"embarazo de bajo riesgo obstétrico"*.

Igualmente, refirió que el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. también incurrió en falla del servicio médico por omisión de diagnóstico y pérdida de oportunidad en la valoración hecha por la especialidad de ginecología y obstetricia el 20 de mayo de 2015. La razón de ello es porque pese a haberse presentado los exámenes de laboratorio practicados en la E.S.E. Hospital de Nuestra Señora del Pilar de Medina *"no se brindó el seguimiento y control requerido en un mayor nivel de complejidad, sino que se insistió en que la atención continuara en una entidad que no contaba con el recurso humano y técnico que requería por sus alteraciones"*.

Así, insiste en la falla del servicio porque el día 21 de mayo de 2015 la paciente acudió a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar con resultados de paraclínicos en los cuales persistía en su orina la presencia de hematuria junto con proteinuria toda vez que el uroanálisis reportaba con *"PH 5.0 densidad 1010 proteínas de 100 sangre 300 nitritos negativos hematies amyor (sic) de 100 por campo"*. En aquel instante, la médica Jenny Patricia Gómez sospechó una posible insuficiencia renal; no obstante, cuestionó el plan de manejo porque aun cuando la paciente fue remitida inmediatamente al servicio de urgencias con órdenes de exámenes de laboratorio y con nueva remisión por ginecología para su respectiva valoración, en el servicio de urgencias el médico Juan Sebastián Alfonso le dio salida por cuanto la proteinuria como la hematuria ya contaba con manejo por especialidad de ginecología y obstetricia.

Adicionalmente, replicó la nota médica consignada por el médico Juan Sebastián Alfonso del servicio de urgencias porque anotó que la *"paciente con mala adherencia tratamiento"* apoyado en que la paciente no había practicado los exámenes paraclínicos; que esa afirmación resultaba carente de veracidad por cuanto a la usuaria le era imposible asistir al mismo tiempo a Urgencias y realizarse los exámenes; y que el actuar médico falló porque aun cuando percibió una proteinuria bastante significativa como la presencia de hematuria *"ninguna conducta médica se adoptó"*.

Indicó, asimismo, que el 22 de mayo de 2015 en valoración por consulta externa por la especialidad de ginecología, la médica tratante evidenció el reporte de orinas hematóricas pero que aun así su actuar médico incurrió en la omisión de analizar integralmente la sintomatología de la usuaria, ni tomó en su consideración el hecho de la insuficiencia renal. A este respecto puso de presente el reproche realizado por el Comité de Vigilancia Epidemiológica por Mortalidad Materna COVE realizado el 21 de agosto del mismo año fundado en que se quedaron cortos en las acciones ante la situación en salud que llevaba la paciente, considerando bajo estas circunstancias una falla del servicio médico y una actuación contraria a la *lex artis*.

Aunado a ello indicó que, dada la gravedad de la sintomatología, el 25 de mayo de 2015 la paciente nuevamente acude a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar con los resultados de paraclínicos que daban cuenta de una creatinina de 2.1. siéndole diagnosticada insuficiencia renal ordenándose como plan de manejo urgente interconsulta por medicina interna y nuevamente por ginecología; y que, aun así, nuevamente acudió el 27 de mayo del mismo año por el servicio de urgencias de la Institución en donde la médica Mónica Liliana Parrado, a pesar de evidenciar la falla renal crónica con las observaciones de larga data de hematuria con posible glomerulopatía, le dio salida apoyada en que ya se le había dado remisión a medicina interna.

Otra de las inconformidades frente a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar obedece al error en el diagnóstico dado el 9 de junio de 2015 por el médico Henry Reina, porque determinó que la sintomatología se encontraba asociada a una infección vía urinaria, aun cuando ya existían exámenes y recomendaciones previas que daban cuenta de la insuficiencia renal crónica. Que, posteriormente, el 11 de junio del mismo año en control prenatal, la médica Jenny Patricia Gómez nuevamente evidenció *"persistencia (sic) de genaturia"*

*(sic) creatinina elevada con tasa de filtración glomerular de 45 ML/MN con hemograma con anemia micrcitica (sic) hipocramica (sic)*”, e igualmente dejó la constancia que la EPS no le había ubicado la atención de las especialidades de medicina interna ni gineco obstetricia. En esa medida, adujo que también había responsabilidad de la EPS – S por omitir la *"ubicación para los especialistas que requería la paciente por parte de la E.P.S."* y, además, porque no garantizó la atención requerida por la paciente en el nivel de complejidad que ameritaba.

Aunado a ello, imputó también responsabilidad al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. por la omisión de brindarle el tratamiento médico que requería la paciente con ocasión de la atención brindada los días 20 y 22 de mayo de 2015, toda vez que contaban con los resultados de ecografía de las vías urinarias y evidenciaba un cuadro de nefropatía aguda bilateral, pero, aun así, le dieron salida ordenando *"nuevamente control en primer nivel, sin ningún tipo de valoración médica"*. Y que solo hasta el 17 de junio de 2015, a raíz del ingreso por urgencias de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, la médica Mónica Liliana Parrado tras evidenciar la *"proteinuria marcada 500 sangre 500 proeteinuria (sic) 24 horas 3060, hiperuricemia 9.2 pruebas de función renal creatinina 2.2."* ordenó remitirla al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. para darle manejo de anemia e insuficiencia renal con necrosis tubular.

Que el 18 de junio de 2015 el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. desde su ingreso a la Institución advirtieron la falla renal ordenándose las valoraciones por las especialidades de nefrología y ginecología siendo ingresada inmediatamente a la Unidad de Cuidados Intensivos – UCI – pero ante la progresión del cuadro de lesión renal le fue diagnosticado el lupus eritematoso sistémico con deterioro clínico, al punto que el 7 de julio de 2015 presentó bradicardia extrema que produjo su fallecimiento.

Con todo, hizo hincapié en lo dicho por el Comité de Vigilancia Epidemiológica por Mortalidad Materna COVE comoquiera que fue claro en señalar la falta de oportunidad en la atención por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar en múltiples consultas efectuadas por la paciente; adicionalmente, por el desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación, la no caracterización de la gestante, debilidad en el trabajo articulado con el asegurador, IPS y E.S.E., la falla en la toma de decisión de remitir a urgencias o a los especialistas respectivos, la falla en la toma y recepción de los resultados de laboratorios, falla en el diligenciamiento de la historia clínica, la falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención.

Igualmente, frente a la atención suministrada por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. trajo a colación lo dicho por aquel Comité en cuanto se quedaron cortos en las acciones ante la situación de salud que llevaba la paciente al devolverla a su casa sin tomar en serio los signos y síntomas que aseguraban la falla renal, así como el inadecuado direccionamiento de la paciente a nivel de complejidad pertinente y por dar una atención no acorde con la gravedad.

Finalmente, referente a EPS – S Convida también trajo a colación lo dicho por el Comité en cuanto a que no realizó el seguimiento a la gestante de alto riesgo; asimismo, reiteró la debilidad en el trabajo articulado aseguradora e IPS para la parte de apoyo social, insuficiencia de la red de prestadores, dificultad en el acceso al servicio de 2º y 3er nivel dados por situaciones de contratación; asimismo, controvirtió el mérito probatorio del dictamen pericial presentado por la EPS -S porque fue presentado de forma extemporánea y adicionalmente puso en entre dicho las conclusiones allí plasmadas.

Por eso, solicita que se acceda a la prosperidad de las pretensiones toda vez que la parte nunca ha desconocido la dificultad diagnóstica que aparece la patología, sino que en su sentir la falla médica radica en el hecho de no haber tenido en cuenta los signos clínicos que presentaba la paciente y que incluso eran alarmantes para los profesionales del primer nivel de complejidad sin que se hubiera presentado una atención oportuna y acorde con los diagnósticos y a la ciencia médica; y que solo fue prestada cuando su cuadro clínico se había agravado a tal punto que derivó en el deceso de la paciente sin que se hubiese garantizado la atención de calidad a la que tenía derecho.

### 1.6.2. E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina

El apoderado judicial de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina fundamentó sus alegatos de conclusión principalmente en la no demostración del daño antijurídico y en la inexistencia del nexo causal. Para el efecto, se apoyó en la declaración rendida por la médica que atendió los controles prenatales y con lo demostrado a través del dictamen aportado por la EPS – S.

En ese orden de ideas, destacó que el Hospital por ser de Nivel I de Atención, la médica Yenny Patricia Gómez Ramírez al realizar los controles prenatales a la paciente fue quien realizó el diagnóstico de embarazo de alto riesgo por los hallazgos de hematuria y proteinuria y que gracias ella fue quien en tres oportunidades ordenó la interconsulta por las especialidades de gineco obstetricia y medicina interna, cuyo trámite administrativo era de responsabilidad de la usuaria; y que la demora ya sea en la radicación de las órdenes médicas como en la expedición de las autorizaciones por parte de la EPS -S CONVIDA no es atribuible a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina.

Explicó, además, que de las respuestas dadas por la médica Yenny Patricia Gómez Ramírez, se comprueba que ella oportunamente ordenó las interconsultas de dichas especialidades y que en esos momentos la paciente nunca *"mostro deterioro en su salud"* por lo que en su sentir considera que la atención médica fue diligente y dentro del marco de los protocolos y guías de manejo dadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. De manera análoga afirmó que el perito gineco obstetra Marcos Fidel Castillo Zamora indicó claramente que la atención en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina fue oportuna y adecuada de acuerdo al Nivel 1 de Atención.

A partir de lo anterior, reprocha el otro dictamen pericial aportado por la parte actora y que fue rendido por el médico especialista en medicina familiar Alberto Lineros Montañez. Dice que la aseveración endilgada a la Institución sobre que *"hubo unas demoras"* no es cierta, porque desde el primer control prenatal fue clasificado el embarazo como de alto riesgo gineco obstétrico y, por tal razón, la paciente fue tratada con un plan de manejo acorde con la sintomatología que ella evidenciaba, tanto en los controles prenatales como en los servicios de urgencias de la Institución. Hizo énfasis en que no hubo omisión de diagnóstico, pues los hallazgos de hematuria y proteinuria no necesariamente debiese diagnosticar falla renal, dado que obedece a múltiples factores, como la de una infección urinaria, trauma, tumores, litiasis renal, y por tal razón fueron ordenados exámenes de laboratorio y también se ordenaron las remisiones a un Hospital de mayor nivel de complejidad.

Del mismo modo, explicó que, de acuerdo con la declaración rendida por la ginecóloga María del Socorro Gallego Ordoñez, adscrita al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., ella solamente enfocó su diagnóstico en una infección urinaria porque *"no tuvo en cuenta el diagnóstico inicial del Hospital de Nuestra Señora del Pilar de Medina de "embarazo de alto riesgo y los exámenes donde presentaba hematuria y proteinuria"*, además, insistió en que *"no se tuvo en cuenta la epicrisis y anamnesis donde se indicaba el historial de la paciente"*. Sobre el particular, expuso que la anamnesis en su sentido amplio consiste en el *"rescate de datos que fueron registrados en el pasado trayendo la información al presente"*, motivo por cual, en su sentir, considera el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. no realizó seguimiento a la paciente y que esta Institución por tratarse de Nivel 2 de Atención era posible interconsultarse con otros especialistas.

De otra parte, se refirió al dictamen aportado por la EPS, a través del cual el ginecólogo obstetra, Marcos Fidel Castillo Zamora, evidenció que la paciente presentaba una enfermedad catastrófica de difícil diagnóstico porque solo fue posible determinarse durante la hospitalización en el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. la existencia de un lupus eritematoso sistémico. Puntualmente cuestionó las diferentes conclusiones porque en la contradicción del dictamen se evidenciaba cambios de posturas, comoquiera que, por una parte, indicó que para establecer el diagnóstico dura un lapso de 9 meses, y que se realizó en 3 meses; y por otra parte, señaló que la falla sistémica no necesariamente podía pensarse en un lupus por cuanto el desarrollo de la enfermedad es imprevisible.

Especialmente destaca lo dicho por el perito Marcos Fidel Castillo Zamora de que, en el análisis de mortalidad materna de la señora Deiby Faidy Bejarano Martin efectuado en

reunión institucional COVE del 21 de agosto de 2015, se observó que *"no existía certeza si la paciente tenía lupus seis meses antes no hay registros, manifestó que en los antecedentes se ve si había una hematuria en el caso presente hay un abanico de posibilidades, de igual forma manifestó que la atención de la señora BEJARANO MARTIN estuvo de acuerdo al nivel de complejidad de la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, fue adecuado y se enfocó en infección de vías urinarias cuando hay una serie de consultas y se ve deterioro se le hizo lo que se tenía que hacer y se hace la remisión a interconsulta ginecología para el perito la atención en el Hospital de Medina fue oportuna y eficiente"*.

Seguidamente, trajo a colación las anotaciones médicas de los días 21 de mayo y 11 de junio de 2015 efectuadas por la médica Yenny Patricia Gómez Ramírez por cuanto allí se dejó registro de que fue *"enviada por valoración por medicina interna y gineco obstétrica NO UBICADA POR SU EPS"*, por lo que era obligación de la EPS -S autorizar la interconsulta por las especialidades de medicina interna y gineco obstetricia; y en esa medida, considera que resulta necesario analizar la trazabilidad sobre si fueron radicadas las órdenes médicas y si las misma fueron autorizadas porque no obra registro si la paciente fue valorada en consulta externa por dichas especialidades.

Por estas razones, alegó a favor de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina ausencia de responsabilidad de falla médica en la prestación del servicio porque fue un reto clínico para la Institución diagnosticar la infección de vías urinarias, por tratarse de un Hospital de Nivel de Atención I sin contar con los equipos médicos ni las especialidades para avizorar una insuficiencia renal o un lupus eritematoso. Dada la complejidad de esas patologías son tratadas por Instituciones de Nivel II y III de Atención; así que ante las limitaciones con las que cuenta la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina fue que la médica tratante hizo la remisión para interconsulta por las especialidades de medicina interna y de gineco obstetricia. Sumado al hecho que en las gestantes se puede observar en la orina proteinurias y hematurias por los cambios fisiológicos presentados durante el estado de embarazo; luego, difícilmente en los controles prenatales como en las atenciones de servicio de urgencias se podría diagnosticar una falla renal o un lupus eritematoso sistémico.

Por todo lo anterior, pidió negar las pretensiones de la demanda por ausencia de responsabilidad de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina.

### **1.6.3. Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.**

El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. presentó sus alegatos de conclusión controvirtiendo puntualmente lo dicho por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, a través del Comité de Vigilancia Epidemiológica por Mortalidad Materna, que consideró que *"el Hospital Departamental de Villavicencio se quedó corto en las acciones ante la situación en salud que llevaba la paciente, devolviéndola para su casa sin tomar en serio los signos o síntomas"*. Ello porque la atención brindada el 20 de mayo de 2015 en dicho Hospital fue acorde con la sintomatología presentada en su momento, consistente en cefalea, vómito y sangre en la orina siendo valorada por el respectivo especialista, quien dio órdenes de exámenes pertinentes como las instrucciones apropiadas para el respectivo control.

Que de la historia clínica se evidencia que las consultas fueron realizadas durante el mes de mayo de 2015 y que la evaluación ultrasonografía fue 20 días después, sin que la paciente gestionara nuevamente consulta para presentar la ecografía obstétrica. Asimismo, indicó que la usuaria no consultó por sintomatología diferente a *"la aparente hematuria"*, por cuanto solamente acudió a la Institución para la realización de parcial de orina con sonda. En tal virtud, considera que, al no contarse con nuevas evoluciones que permitieran evidenciar azoados u otros elementos que definiera la falla renal o su correlación con el fallecimiento de la paciente, no pasaría de ser un juicio de valor.

En esa medida, contradice lo dicho por el dictamen aportado por el demandante porque la paciente sí recibió el tratamiento indicado por la ciencia médica en las entidades hospitalarias demandadas; además de las pruebas allegadas y practicadas en el proceso no se encuentran probados los elementos de la responsabilidad que permitan una condena en contra del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., en razón a que los demandantes no cumplieron con su carga probatoria de demostrar si el actuar médico resultaba contrario a la *lex artis*.

Por las razones expuestas pidió al Juzgado negar las pretensiones.

#### **1.6.4. EPS-S CONVIDA**

La EPS – S CONVIDA sostuvo que no intervino directamente en la prestación de los servicios de salud o práctica de exámenes de laboratorio a la señora Deiby Faidy Bejarano Martin, puesto que su labor consistió en brindar todas las autorizaciones para que las instituciones prestadoras de servicio –IPS, prestaran los correspondientes servicios requeridos.

Hizo hincapié en que la paciente recibió la atención médica en 3 tres instituciones, E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar, Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. y Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., en donde recibió el control prenatal, atención de urgencias, práctica de exámenes de laboratorio y demás servicios requeridos frente al deterioro de salud, pese a ello, la paciente falleció como consecuencia de una patología no evitable, pero sí intervenible.

Sostuvo que el dictamen pericial aportado por la EPS -S elaborado por el médico gineco obstetra Marcos Fidel Castillo Zamora desvirtúa las conclusiones de la experticia aportada por la parte demandante, pues no le asiste razón al apoderado judicial de la actora sobre la falla del servicio por el retardo injustificado del diagnóstico de *"lupus eritematoso sistémico"* toda vez que se trata *"un reto difícil de diagnosticar"*. Pidió tener en cuenta las conclusiones de su dictamen que refieren a, **i)** que no hay suficientes datos clínicos para asegurar que la paciente en mención había presentado un cuadro clínico característico de una enfermedad lupus eritematoso sistémico; **ii)** el diagnóstico del lupus eritematoso sistémico en la población en general puede tardar entre 9 y 12 meses en países desarrollados en pacientes que presenten un cuadro clínico característico y puede tardar más en pacientes asintomáticos; **iii)** el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico en la población gestante es un reto médico ya que el embarazo y los cambios fisiológicos asociados pueden enmascarar las manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico.

En ese orden ideas, contradice el dictamen aportado por los demandantes y pone en entredicho la responsabilidad endilgada a la EPS – S porque no existe nexo de causalidad entre el daño para con las funciones y responsabilidades de la EPS – S, principalmente porque en la demanda no hizo mención imputación de responsabilidad del Estado a la EPS - S; no obstante, sostuvo la inexistencia de la falla del servicio médico habida cuenta que no existen elementos que permitan atribuirle a la entidad responsabilidad alguna sobre la atención brindada a la paciente.

#### **1.6.5. Seguros del Estado S.A.**

Reiteró en sus alegatos de conclusión los mismos argumentos expuestos cuando dio respuesta al llamamiento en garantía.

#### **1.6.6. Ministerio Público**

No emitió concepto.

## **II. CONSIDERACIONES**

### **2.1. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**

El artículo 104 del Código de Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo<sup>3</sup>, en adelante CPACA, consagra un criterio mixto para establecer los litigios que debe conocer la

<sup>3</sup> CPACA artículo 104

La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa. Igualmente conocerá de los siguientes procesos:

1. Los relativos a la responsabilidad extracontractual de cualquier entidad pública, cualquiera que sea el régimen aplicable [...]

Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. De un lado, fijó el criterio material, disponiendo que son de conocimiento de esta jurisdicción las controversias originadas en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones sujetos al derecho administrativo y particulares cuando ejerzan funciones administrativas, es decir, aquellos que se causen por el ejercicio de dicha función; y de otro, un criterio orgánico, según el cual basta la presencia de una entidad sujeta al derecho administrativo para que el proceso sea tramitado ante esta jurisdicción.

Igualmente, conforme al numeral 1º del artículo 104 *ibidem*, la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo conoce de aquellos procesos en que se debate la responsabilidad extracontractual del Estado, asunto sobre el que versa el *sub judice*. Así las cosas, basta que se controvierta aquella respecto de una entidad o establecimiento público para que se tramite la controversia ante esta jurisdicción, por estar sometidas al derecho público.

Este Juzgado es competente para conocer el presente asunto de acuerdo con el artículo 155 del CPACA<sup>4</sup>, que dispone que los juzgados administrativos son competentes en los casos de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de las entidades públicas, cuando la cuantía no exceda de 500 SMLMV.

## 2.2. TRÁMITE RELEVANTE DEL PROCESO

- La demanda fue presentada el 21 de noviembre de 2016. Mediante auto de 1 de marzo de 2017, se admitió la demanda<sup>5</sup>. Posteriormente mediante proveído del 24 de mayo de 2017 fue adicionado el admisorio en el sentido de incluir a la EPS -S CONVIDA.
- El 11 de diciembre de 2017 EPS -S CONVIDA contestó la demanda proponiendo excepciones de mérito<sup>6</sup>; el 15 de diciembre de 2017 el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. descorrió traslado de la demanda proponiendo los medios exceptivos de fondo<sup>7</sup>.
- El 25 de enero de 2018 la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina<sup>8</sup> presentó contestación de la demanda; asimismo, llamó en garantía a Seguros del Estado S.A. siendo admitido mediante proveído del 13 de diciembre de 2018<sup>9</sup>. Posteriormente, el 7 de marzo de 2019 la aseguradora dio contestación al llamamiento en garantía y a la demanda<sup>10</sup>
- El 29 de enero de 2020 se instaló la audiencia inicial<sup>11</sup>; en dicha audiencia se evacuaron los tópicos de saneamiento del proceso, intento conciliatorio, fijación de litigio y decreto de pruebas.
- Con posterioridad, los días 9 de septiembre y 29 de octubre de 2020 en audiencia de pruebas se recibió la declaración de Diana Elicenia Criales Ramírez y el testimonio de la médica Jenny Patricia Gómez Ramírez de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, de la ginecóloga María del Socorro Gallego Ordoñez del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.; igualmente, se surtió la contradicción del dictamen pericial del perito Alberto Lineros Montañez y del dictamen de Marcos Fidel Castillo Zamora. Enseguida, fue cerrado el debate probatorio, concediéndose el término respectivo para presentar los alegatos de conclusión.
- Vencido el término de los alegatos de conclusión el expediente fue ingresado al Despacho para proferir sentencia.

4 "Artículo 155. Competencia de los jueces administrativos en única instancia 6. De los de reparación directa, inclusive aquellos provenientes de la acción u omisión de los agentes judiciales, cuando la cuantía no exceda de quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes..."

5 Folio 139 del cuaderno 1

6 Folios 173 – 206 del cuaderno 1

7 Folios 215 – 257 del Cuaderno 1

8 Folios 375 – 390 del Cuaderno 1

9 Folios 393 – 394 del Cuaderno 1

10 Folios 418 – 444 del Cuaderno 1

11 Folios 529 – 537 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 29 de enero de 2020

### 2.3. PROBLEMA JURÍDICO

Conforme a lo establecido y aceptado por las partes en la audiencia inicial, el Despacho resolverá si EPS – S CONVIDA, la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. son administrativa y patrimonialmente responsables por falla en la atención médica brindada a Deiby Faidy Bejarano Martín, lo que conllevó a su muerte.

### 2.4. CUESTIÓN PREVIA

#### **De la tacha del perito y objeciones formuladas contra el dictamen pericial presentado por la parte actora**

En el curso del proceso, en audiencia inicial del 29 de enero de 2020<sup>12</sup>, el Despacho decretó el dictamen pericial solicitado por los demandantes consistente en que un médico especialista en ginecología y obstetricia, con apoyo en otras especialidades pertinentes como nefrólogo y medicina interna, evaluara si la atención médica brindada a la paciente Deiby Faidy Bejarano Martín se prestó de manera adecuada y oportuna, si se dio manejo y si se tuvieron en cuenta los signos y síntomas renales que presentó durante su embarazo, e indicara si se presentaron fallas en la atención médica suministrada a la paciente.

En tal virtud, el apoderado judicial de la parte demandante allegó dictamen pericial elaborado por el médico especialista en medicina familiar, Alberto Lineros Montañez<sup>13</sup>, siendo puesto en conocimiento el 8 de septiembre de 2020<sup>14</sup>. En seguida, dentro del término previsto en el artículo 228 del CGP vigente para esa época<sup>15</sup>, los apoderados judiciales de LA E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina<sup>16</sup> y del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.<sup>17</sup> objetaron la experticia; asimismo, la última de las mencionadas tachó el perito. Paralelamente, pidieron aclaración y complementación del mismo sobre lo cual el perito aclaró y complementó los aspectos pedidos por los apoderados judiciales mencionados<sup>18</sup>.

Así, entonces, la inconformidad de la objeción por parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina se contrae principalmente "*por no tener el perito el perfil indicado*", por cuanto su especialidad es de medicina familiar y no de gineco obstetra. Además, censuró la pericia porque en su sentir contiene deficiencias en su análisis por cuanto no empleó métodos técnicos e idóneos que permitieran establecer las circunstancias en que sucedieron los hechos. A su vez, indicó que no se observa valor agregado a lo que ya expresado por la parte demandante; motivos por los cuales, considera que las conclusiones son equivocadas.

Por otra parte, la apoderada judicial del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. fundamentó su objeción y tacha del perito porque la experticia no cumple la exigencia del artículo 227 del CGP consistente en que debe ser emitido por una institución o profesional

<sup>12</sup> Folios 529 – 537 del Cuaderno 1 incluido 1 DVD – R contentivo de la audiencia inicial del 29 de enero de 2020

<sup>13</sup> Documentos Digitales N° 10 – 14 del expediente digital

<sup>14</sup> Documento Digital N° 19 del expediente digital

<sup>15</sup> Norma vigente para audiencia celebrada el 29 de octubre de 2020. Consulta efectuada en la dirección [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1437\\_2011\\_pr005.html#210](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1437_2011_pr005.html#210)  
CPACA. ARTÍCULO 220. Contradicción del dictamen aportado por las partes. Para la contradicción del dictamen se procederá así:

1. En la audiencia inicial se formularán las objeciones al dictamen y se solicitarán las aclaraciones y adiciones, que deberán tener relación directa con la cuestión materia del dictamen. La objeción podrá sustentarse con otro dictamen pericial de parte o solicitando la práctica de un nuevo dictamen, caso en el cual la designación del perito se hará en el auto que abra a prueba el proceso. También podrá sustentarse solicitando la declaración de testigos técnicos que, habiendo tenido participación en los hechos materia del proceso, tengan conocimientos profesionales o especializados en la materia.

2. Durante la audiencia de pruebas se discutirán los dictámenes periciales, para lo cual se llamará a los peritos, con el fin de que expresen la razón y las conclusiones de su dictamen, así como la información que dio lugar al mismo y el origen de su conocimiento. Los peritos tendrán la facultad de consultar documentos, notas escritas y publicaciones y se pronunciarán sobre las peticiones de aclaración y adición, así como la objeción formulada en contra de su dictamen. Si es necesario, se dará lectura de los dictámenes periciales.

Al finalizar su relato, se permitirá que las partes formulen preguntas a los peritos, relacionadas exclusivamente con su dictamen, quienes las responderán en ese mismo acto. El juez rechazará las preguntas capciosas, sugestivas o impertinentes. Luego el juez podrá interrogarlos.

3. Cuando la prueba pericial hubiese sido decretada por el Juez, se cumplirá el debate de que trata el numeral anterior en la audiencia de pruebas. En esa misma audiencia, las partes podrán solicitar adiciones o aclaraciones verbales al dictamen y formular objeción por error grave, sin perjuicio de lo previsto en el artículo 222 de este Código.

<sup>16</sup> Documentos Digitales N° 63 – 68 del expediente digital

<sup>17</sup> Documentos Digitales N° 69 – 70 del expediente digital

<sup>18</sup> Documentos Digitales N° 74 – 76 del expediente digital

especializado y, porque, además, no fue acreditada la idoneidad y la experiencia por no cumplir con la especialidad exigida por el Despacho, esto es Ginecología Obstetricia, ya que su especialidad es medicina familiar.

Como sustento adicional indicó que el perito omitió el análisis de la valoración efectuada por la especialidad de ginecología el 22 de mayo de 2015, pues en dicha valoración se encuentra acreditado que la paciente consultó por su estado de gestación y por la hematuria, y no por otra sintomatología, por lo que en su sentir carece de elementos de juicio para afirmar que la atención dada por el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. no fue adecuada. En esa medida, cuestionó las conclusiones porque desconoció que la valoración fue desde punto de vista gineco obstétrico y no como especialidad de medicina interna.

Especialmente, pone de presente que no se tuvo en cuenta el parámetro fijado en la Guía del Ministerio de Salud que hace alusión a que en los casos de hematuria se trataban como una posible infección de vías urinarias bajas - uretra, vejiga – dándosele manejo en este sentido. Agregó que el perito tampoco analizó el hecho de que el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. le ordenó la ecografía de vías urinarias, la cual fue practicada el 12 de junio de 2015 sin que la paciente regresará a consulta externa para su respectiva valoración. Por último, indicó que tampoco se tuvo en cuenta las conclusiones del "*Comité de Epidemiología de Mortalidad Materna del Hospital Samaritana*".

Tales inconformidades fueron planteadas en audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020<sup>19</sup> al perito Alberto Lineros Montañez. En lo que atañe a la idoneidad y experiencia del perito, indicó sobre su formación como médico y como especialista en medicina familiar<sup>20</sup>, para lo cual adjuntó los respectivos soportes académicos<sup>21</sup> contentivo del plan de estudios de la Especialización en Medicina Familiar que da cuenta que cursó las asignaturas de, ginecología y obstetricia para medicina familiar y nefrología, entre otras<sup>22</sup>. En ese sentido, este Despacho<sup>23</sup> indagó sobre cuál es la virtud o situación prevalente de la Especialización en Medicina Familiar y si tiene relación con la Especialidad Gineco Obstetricia. Sobre el particular, el perito explicó que en la parte gineco obstétrica tienen entrenamiento en enfermedades relacionadas con el embarazo y que hacen énfasis en control prenatal normal como también en la de conocer las enfermedades de alto riesgo obstétrico y su detección temprana para hacer el tratamiento y manejo adecuado o derivación adecuada a especialista en Unidades Materno Fetales de Alto Riesgo para tener la sobrevida tanto materna como del feto; agregó que hacen el análisis y la búsqueda de enfermedades gineco obstétricas en inicios tempranos para su control adecuado.

De manera análoga este Despacho también se le preguntó la experiencia sobre el particular, frente a lo cual el médico familiar indicó que<sup>24</sup>, experiencia en urgencias que comprende la recepción de maternas con el inicio de la enfermedad y sintomatología inicial y, en la parte de consulta externa se hace el control prenatal y el abordaje de estas pacientes. Además, este Despacho a efecto de verificar la idoneidad del perito puntualmente se le preguntó si se considera idóneo para rendir la experticia encomendada, quien afirmó que contaba con la idoneidad para hacerlo<sup>25</sup>.

Según lo anterior, se puede evidenciar la idoneidad y experiencia del perito, comoquiera que la especialidad de medicina familiar sí incluye conocimientos de la especialidad de gineco obstetricia; adicionalmente, de su plan de estudios de la Universidad Javeriana se observa formación y entrenamiento en dicha especialidad y en nefrología. Simultáneamente, fue revisada la hoja vida del médico familiar en donde se observa que para la época de la audiencia se desempeña como Jefe Nacional de Urgencias de la Clínica Colsanitas, acreditando a su vez experiencia en esta especialidad de aproximadamente 22 años y la docencia en la Universidad Javeriana y Universidad El Bosque en los programas de Medicina Familiar. De esta manera, se observa que la especialidad de medicina familiar es omnicompreensiva de diferentes áreas de medicina lo que permite asignarle mérito probatorio

<sup>19</sup> Documentos Digitales N° 87-87A obran video audio de audiencia de pruebas 29 de octubre de 2020 junto con el acta contentiva del desarrollo de la audiencia

<sup>20</sup> Minutos 42:08 a 46:18 del video audio N° 87A correspondiente a la audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020

<sup>21</sup> Ver Documentos Digitales N° 11, 57, 58, 61, 62, 73,

<sup>22</sup> Ver Documento Digital N° 76

<sup>23</sup> Minutos 46:33 a 49:08 del video audio N° 87A correspondiente a la audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020

<sup>24</sup> Minutos 49:46 a 50:15 del video audio N° 87A correspondiente a la audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020

<sup>25</sup> Minutos 50:40 a 50:59 del video audio N° 87A correspondiente a la audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020

a la experticia allegada, toda vez que aun cuando no fue rendido por médico de la especialidad de medicina de gineco obstetricia, resulta evidente que la especialidad de medicina familiar sí comprende el campo de la gineco obstetricia; además, el perito cuenta con una larga e importante trayectoria profesional relacionada con el tema de la pericia.

Ahora, bien, en lo referente a los demás planteamientos de los objetantes, se tiene que el perito, como medios técnicos e idóneos, tuvo en cuenta las historias clínicas de los Hospitales Nuestra Señora del Pilar de Medina, Departamental Villavicencio y Samaritana, así como el análisis de mortalidad realizado en el Comité Epidemiológico COVE de Cundinamarca. Y como método de trabajo indicó que realizó un análisis cronológico de la historia clínica, luego evaluó la atención conforme a los parámetros dados por la literatura médica y las respectivas guías de manejo. Asimismo, en el expediente se observa la bibliografía que empleo para la elaboración del dictamen pericial, entre la que se destaca i) la Guía Práctica Clínica sobre lupus erimatoso sistémico, ii) Nefrología Básica 2, Capítulo 5, Hematuria, iii) Hematuria en atención primaria, medicina integral, iv) Guías de práctica clínica para la atención del embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes del Colegio Mexicano de Reumatología Parte I, v) Protocolos Hipertrigliceridemias de la sociedad Española de Medicina Interna; y vi) Proteinuria: riesgos y diagnóstico.

Igualmente, en el expediente se informó que el perito fue designado en los Juzgados 33 y 27 Civiles del Circuito de esta Urbe, y a su vez manifestó no estar incurso en ninguna de las causales del artículo 50 del C.G.P.

De acuerdo con lo anterior, del contenido de la experticia como en su aclaración y complementación no se vislumbra discordancia con el *thema probandum* del presente asunto, habida cuenta que abordó los diferentes aspectos ordenados en el decreto de la prueba en audiencia inicial<sup>26</sup>, pues efectivamente evaluó la atención médica brindada a la paciente Deiby Faidy Bejarano Martín; asimismo, hizo análisis sobre si se le prestó atención médica adecuada y oportuna; adicionalmente, estableció cuál fue el manejo dado y dio cuenta sobre si las demandadas tuvieron en cuenta los signos y síntomas renales que presentó durante el embarazo, indicando a su vez si existieron o no fallas en la atención médica suministrada a la paciente, apoyándose para sus conclusiones en literatura médico científica sobre el tema. Finalmente, el perito absolvió las inquietudes planteadas por las partes y la llamada en garantía y no hubo manifestación en contrario.

Adicionalmente, advierte el Despacho que el perito en su experticia abordó el análisis de la atención desde el ámbito de la gineco obstetricia en lo que respecta a los controles prenatales de la gestante y la clasificación del riesgo gineco obstétrico del embarazo; asimismo, se puede evidenciar que su estudio también tuvo un enfoque de la especialidad de nefrología, motivo por el cual no le asiste razón a la apoderada del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. al afirmar que el peritaje está carente de elementos de juicio y de que desconoció la valoración a través de la especialidad de gineco obstétrica.

Aunado a lo anterior, en lo que atañe a la hipótesis planteada por la apoderada judicial del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. sobre el desconocimiento del parámetro fijado en la Guía del Ministerio de Salud en que los casos de hematuria que, en su sentir, se trataban como una posible infección de vías urinarias bajas y que por ello la médico especialista de gineco obstetra le dio manejo en esos términos, tal planteamiento constituye un argumento que será resuelto más adelante en la parte considerativa de la presente providencia por tener relación directa con la resolución del caso.

Simultáneamente, en la misma audiencia del 29 de octubre de 2020, a pesar del aporte extemporáneo del dictamen de la EPS – S CONVIDA, el Despacho permitió su contradicción únicamente con fines procesales para contar con elementos de juicio suficientes para resolver lo concerniente a las objeciones, y en esa medida se pudo evidenciar que el médico gineco obstetra arribó a similares conclusiones del anterior peritaje, esto es, en lo referente a cuál debería ser el actuar médico en el caso de la paciente; de esta manera se corrobora que no existe discordancia con el *thema probandum* del caso.

---

<sup>26</sup> Ver vuelto folio 536 del Cuaderno 1

Así, entonces, la experticia rendida por el médico especialista en medicina familiar Alberto Lineros Montañez está llamada a ser valorada y derivar de ella el mérito que corresponda, pues lo que se observa son puntos de vista disímiles, los cuales serán objeto de análisis probatorio. En consecuencia, se declararán infundadas las objeciones y la tacha será desestimada, pues no se demostró el error en las conclusiones a las que arribó el perito Lineros Montañez.

## **2.5. MARCO NORMATIVO, JURISPRUDENCIA Y DOCTRINA APLICABLE AL CASO**

### **2.5.1. De la responsabilidad extracontractual del Estado**

El artículo 90<sup>27</sup> de la C.P, constituye la cláusula general de responsabilidad extracontractual del Estado colombiano, de acuerdo con el cual se acogió la teoría del daño antijurídico; entendiéndolo no como *"aquel que es producto de una actividad ilícita del Estado, sino como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo"*<sup>28</sup>; siempre y cuando exista título de imputación, por acción u omisión a una autoridad pública<sup>29</sup>.

Así, entonces, para declarar la responsabilidad extracontractual del Estado se deben cumplir varios presupuestos a saber, que el daño exista, sea antijurídico e imputable por acción u omisión al Estado. En consecuencia, se procederá a realizar el estudio de todos los elementos de la responsabilidad, a fin de fundamentar la decisión a adoptar.

### **2.5.2. Del daño y sus presupuestos**

El daño es entendido como *"la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acompaña"*<sup>30</sup>. Este concepto señala dos situaciones, la primera consiste en que el daño es la lesión del derecho ajeno; y la segunda, que el daño conlleva o genera una merma patrimonial, haciendo referencia a sus consecuencias negativas o adversas.

Sobre los elementos del daño, el Consejo de Estado<sup>31</sup> ha indicado que éste existe, en la medida que cumpla varias características; una de ellas es que sea cierto e incuestionable; así mismo debe ser personal, en atención a que el que lo haya sufrido sea el que manifieste interés en su reparación, y subsistente, en tanto no haya sido reparado.

### **2.5.3. De la imputación fáctica y jurídica del daño**

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima, y que en palabras del profesor Juan Carlos Henao es *"la atribución jurídica de un daño a una o a varias personas que en principio tienen la obligación de responder"*.

La imputación fáctica o material del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima.

En la actualidad, la imputación fáctica del daño se construye habitualmente desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada del mismo; teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada, o si por el contrario dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o el azar.

<sup>27</sup> El artículo 90: El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que les sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales años, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquel deberá repetir contra éste"

<sup>28</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-333/96. Magistrado Ponente. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>29</sup> Ibidem: "Son dos las condiciones indispensables para la procedencia de la declaración de la responsabilidad patrimonial con cargo del Estado y demás personas jurídicas de derecho público, a saber: el daño antijurídico y la imputabilidad del año a alguna de ellas:"

<sup>30</sup> Fernando Hinestroza Forero. Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

<sup>31</sup> Entre otras: Sentencia 14 de marzo del 2012. Rad. 21859 C.P. Enrique Gil Botero. Sentencia 1 de julio del 2015. Rad. 30385 C.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

Sobre los criterios a tener en cuenta para identificar la causa del daño, el Consejo de Estado ha señalado:

(...) "2. Aunque en el tema de definir si determinado daño puede imputarse a una autoridad pública, estudiado como el elemento "relación de causalidad", cuando el perjuicio ha sido producto de causas concurrentes, no pueden señalarse reglas absolutas, ni desecharse el peso que tiene en el punto la valoración subjetiva del juzgador, sí estima la sala que sobre él pueden establecerse las siguientes pautas generales:

a. No puede determinarse, como única causa de un daño, aquella que corresponde al último suceso ocurrido en el tiempo. Este criterio simple, que opone la causa inmediata a la causa remota, implicaría, en últimas, confundir la causalidad jurídica con la causalidad física y no tomar en cuenta hechos u omisiones que, si bien no son la última causa del daño sí contribuyeron a determinar su producción.

A objeto de diferenciar las causas físicas de las jurídicas, el profesor Soler, enseña:

"Así, no debe sorprendernos que la solución jurídica concreta de tal cuestión se detenga, a veces, en un punto determinado, situado más acá de donde iría el examen físico de una serie causal, y se desinterese de causas anteriores. Otras veces, en cambio, va más allá de la verdadera causación física y hace surgir responsabilidad de una relación causal hipotética, basada precisamente en la omisión de una causa." (Soler, citado por Ricardo Luis Lorenzetti, en la obra *De la Responsabilidad Civil de los médicos*, Rubinzal, Culzoni, editores, 1.986, pag. 257.)

b. Tampoco puede considerarse que todos los antecedentes del daño son jurídicamente causas del mismo, como se propone en la teoría de la equivalencia de condiciones, o de la causalidad ocasional expuesta por la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 17 de septiembre de 1.935, según la cual "en estos casos si la persona culpable se hubiera conducido correctamente, el perjuicio no habría ocurrido", a la cual se refiere también un salvamento de voto del Dr. Antonio J. de Irisarri del 8 de octubre de 1986 (exp. 4587), en el cual se expresa que "con fines simplemente analíticos, para verificar esa relación de causa a efecto, puede examinarse qué ocurriría o habría ocurrido, si el suceso - causa no se hubiera dado. Si la respuesta es en el sentido de que el efecto no habría sucedido, ha de admitirse que aquél sí constituye causa de éste, porque justamente para que el efecto se dé en la realidad, tiene que ocurrir aquél. En la hipótesis contraria no existiría esa relación de causalidad."

Tal posición llevaría a que en el clásico ejemplo citado por José Melich, el sastre que retrasa por negligencia la entrega de un abrigo de viaje, tendría que responder por el accidente ferroviario que sufrió su cliente que debió por tal motivo aplazar su viaje. Como lo señala el doctor Javier Tamayo Jaramillo, "deshumanizaría la responsabilidad civil y permitiría absurdamente, buscar responsables hasta el infinito." Lorenzetti puntualiza aquí:

"No basta, según esta idea, la mera supresión mental hipotética, esto es borrar mentalmente la causa para ver si el resultado se produce o no sin ella. Es necesario emitir un juicio acerca de la regularidad con que se producen los fenómenos (constancia posible) lo que nos proporciona la noción de "causa adecuada". (ob. citada p. 261).

c. Tal concepción debe entonces complementarse en el sentido de considerar como causas jurídicas del daño, sólo aquellas que normalmente contribuyen a su producción, desechando las que simplemente pueden considerarse como condiciones." (...) <sup>32</sup> (Se subraya)

Ahora bien, el criterio jurídico de la imputación es sin lugar a duda indispensable para la determinación de la responsabilidad, dado que no basta con establecer la relación fáctica entre el daño y la acción u omisión del demandado, sino que además es necesario identificar el régimen jurídico aplicable, es decir, realizar la atribución jurídica a quien en principio tiene la obligación de responder.

#### **2.5.4. Responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico**

En cuanto a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis* médica, bajo el título de imputación aplicable que es el de la falla del servicio.

Es del caso precisar que el tema relacionado con la responsabilidad médica ha sido dinámico, sin embargo, luego de un largo trasegar con diferentes criterios, se ha vuelto a la dirección clásica de falla probada, lo que implica que puede declararse la responsabilidad de la Administración, la parte actora tiene el deber de acreditar, además del daño, la falla en el acto médico y el nexo causal. Así lo ha sostenido el Consejo de Estado "Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se derivan de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica

<sup>32</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de septiembre once de mil novecientos noventa y siete; Consejero ponente: Carlos Betancur Jaramillo; Radicación número: 11764; Actor: Olimpo Arias Cedeño y otros; Demandado: La Nación- Ministerio de Obras, Intra y Distrito Especial de Bogotá.

no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño”.<sup>33</sup>

Conforme a lo expuesto y siguiendo el criterio del Consejo de Estado que se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el que nos ocupa, debe analizarse bajo el régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre esta y el daño.

## 2.6. CASO CONCRETO

Tomando en cuenta el marco normativo y jurisprudencial reseñado, se procede a relacionar los hechos relevantes probados para analizar la existencia del daño, la conducta de las entidades demandadas y el nexo de causalidad entre estos, y así establecer si el daño alegado en la demanda les es imputable jurídicamente a las demandadas.

### 2.6.1. Hechos probados

De acuerdo con las pruebas allegadas al proceso, resultan probados los siguientes hechos relevantes.

- Según certificación expedida por la EPS -S CONVIDA<sup>34</sup>, la señora Deiby Faidy Bejarano Martin, para la época de los hechos, se encontraba afiliada a la EPS -S, desde el 2 de octubre de 2012;
- Según prueba de embarazo del 15 de abril de 2015<sup>35</sup>, la referida señora se encontraba embarazada.
- De la Historia clínica de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, aparece la atención médica que le fue brindada a la señora Deiby Faidy Bejarano Martin durante el periodo comprendido entre el mes de junio de 2013 a hasta junio de 2015, sobresale lo siguiente:

Fecha	Descripción Evento
07/06/2013	La paciente en consulta externa de medicina general fue valorada por presentar cuadro clínico desde hace 2 días viene presentando dolor de oído derecho asociado con salida de pus. Como plan de manejo fue ordenada amoxicilina 500mg 1 tableta cada 6 horas por diez días e ibuprofeno 400mg 1 tableta cada 8 horas <sup>36</sup> .
26/06/2013	Fue valorada en consulta externa por el médico general Henry Reina Moreno por cuadro clínico de "lesiones pustulosas en muslos cuadro clínico de varios días" <sup>37</sup> estableciéndose como diagnóstico el de absceso de tejidos blandos.
22/07/2013	Reporte Laboratorio <sup>38</sup> : BACTERIAS: +++ LEUCOCITOS: 8 - 10 x campo CELULAS EPITELIALES: ++ TEST DE AMINAS: Negativo HONGOS Y LEVADURAS: No se observan REACCION LEUCOCITARIA: Moderada MORFOLOGIA: Bacilos gram positivos tipo <i>Corynebacterium</i> spp: ++
30/07/2013	El médico general Henry Reina Moreno <sup>39</sup> le diagnosticó "N942 Vaginismo".

<sup>33</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101.

<sup>34</sup> Folio 659 del Cuaderno 1

<sup>35</sup> Folio 105 del Cuaderno 1 y página 19 del archivo denominado "1-23" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>36</sup> Página 1 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>37</sup> Página 3 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>38</sup> Página 5 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>39</sup> Página 6 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

20/08/2014	La Enfermera Jefe Glenis Granda Cárdenas <sup>40</sup> observó cuello uterino sano.
8/09/2014	El médico general Henry Reina Moreno nuevamente valoró la paciente por presentar dolor al orinar y dolor en las articulaciones, en donde se estableció como diagnósticos infección de vías urinarias y artritis no específica. Como plan de manejo fue ordenada la toma de exámenes de laboratorio de parcial de orina y ácido úrico <sup>41</sup> .
9/09/2014	Obran resultados de exámenes de laboratorio clínico de uroanálisis con los siguientes valores de referencia: color amarillo, aspecto ligeramente turbio, PH 5.0, bilirrubina negativa, urobilinógeno normal, cetonas negativo, ácido ascórbico negativo, glucosa negativa, proteínas negativo, sangre negativa, nitritos positivos, bacterias +++, leucocitos 2-4, células epiteliales escasas, cristales oxalato de calcio ++. <sup>42</sup>
22/09/2014	A las 10:41 am la paciente acudió por consulta externa de medicina general por motivo de dolor de cabeza y dolor en articulaciones con cuadro clínico de varios días; adicionalmente obra registro de diagnóstico de "hiperlipidemia" sin que obre de registro de análisis de los resultados de laboratorio. Como plan de manejo obra órdenes médicas de glicemia, triglicéridos y colesterol <sup>43</sup> ; asimismo, obra reporte de los resultados correspondientes a los siguientes valores, colesterol total: 125 mg/dl, glucosa 109 mg/dl, triglicéridos: 370 mg/dl <sup>44</sup> .
24/09/2014	A las 16:45 en consulta externa fueron analizados los resultados por el médico general Henry Reina Moreno siéndole diagnosticada, "E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA" como plan de manejo le fue ordenada ATORVASTATINA X 20 MG dosis diaria y ASCORBICO ACIDO 500 MG TABLETA dosis diaria <sup>45</sup> .
15/10/2014	En valoración de consulta externa por la médica general Mónica Liliana Parrado <sup>46</sup> Delgado obra nota médica de los resultados de laboratorio, Uroanálisis PH 9, bilirrubina negativa, cetonas negativas, ácido ascórbico 20, glucosa negativa, proteínas negativas, nitritos negativos, bact ++, LEU <sub>2-4</sub> por campo, cristales de oxalato de calcio ++. En esta consulta le fue diagnosticada infección de vías urinarias. A su vez, como plan de manejo se ordenó "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (160 + 800) MG TABLETA". Igualmente, obra registro de nota médica consistente en que la paciente presentaba este cuadro clínico 2 meses correspondiente a síntomas urinarios irritativos.
02/12/2014	Entre las 18:13 a 18:46 horas <sup>47</sup> la paciente acudió al servicio de urgencias con motivo de consulta de un brote, edema en extremidades y cara asociado a rash cutáneo en extremidades superiores e inferiores siendo atendida por la médica Yenny Constanza Bernal Cifuentes quien estableció el siguiente cuadro: "cuadro de edema en extremidades y cara asociado a rash cutáneo en extremidades superiores e inferiores, además de refiere fiebre subjetiva. Al examen físico con evidencia en piel de extremidades superiores e inferiores de rash cutáneo micropapular con estigmas de rascado. Afebril sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica, sin inestabilidad hemodinámica, se considera cuadro de alergia sin alérgeno identificado, además de esto paciente y familiar refiere que se encuentra en manejo para fiebre reumática por el Doctor Rico en Cumaral y que presenta cuadro de larqa data de artralgias generalizadas, se considera dar manejo para su patología aguda con hidrocortisona 200mg IM, manejo en casa con betametasona crema por 10 días, aciclovir crema aplicar 3 veces al día por 10 días. Se da orden para acudir a consulta externa mañana y ampliar estudios de artralgias, se dan signos de alarma y recomendaciones generales".
05/12/2014	La paciente nuevamente acudió por consulta externa <sup>48</sup> con la médica general Jeny Katherine Gutiérrez Garzón quien determinó como diagnóstico "M068 OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS"; Adicionalmente obra nota médica que da cuenta que en el examen físico no se observó ninguna alteración motivo por el cual fueron ordenados exámenes para descartar enfermedad articular.
11/12/2014	Reporte de Laboratorios <sup>49</sup> , ácido úrico 2.1, colesterol total 169, glucosa 88, triglicéridos 712, VSG 28 mm/hora, hematocrito 39 %, hemoglobina 12.8 g/dl, recuento de leucocitos 4500 (/mm <sup>3</sup> 5.000 – 10.000), neutrófilos 45, linfocitos

<sup>40</sup> Página 6 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>41</sup> Página 9 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>42</sup> Página 10 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>43</sup> Página 13 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>44</sup> Página 14 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>45</sup> Página 15 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>46</sup> Página 18 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>47</sup> Páginas 21-22 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>48</sup> Páginas 27-28 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>49</sup> Páginas 25-26 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

	52, eosinófilos 2 y monocitos 1 y recuento de plaquetas 336.000.
15/12/2014	La paciente nuevamente acudió por consulta externa <sup>50</sup> con el médica general Henry Reina Moreno quien determinó como diagnóstico "E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA".
11/03/2015	La paciente nuevamente acudió a consulta externa <sup>51</sup> por motivo de control de hiperlipidemia y además refirió ardor al orinar; siendo valorada por el médico general Henry Reina Moreno quien determinó como diagnóstico de "E782 HIPERLIPIDEMIA MIXTA" e "INFECCION DE VIAS URINARIAS" ordenando la realización de exámenes de laboratorio de glicemia, colesterol, triglicéridos, parcial de orina FFV.
16/03/2015	Reporte de Laboratorios <sup>52</sup> : BIOQUIMICA: colesterol total 138,3, glucosa 111,4, triglicéridos 335.2, bacterias ++, leucocitos 0-03 x campo, celulares epiteliales 20 – 25 x campo, test de aminas negativo, hongos y levaduras no se observaron, MICROBIOLOGIA: reacción leucocitaria disminuido, morfología bacilos gram positivos tipo lactobacillus sp. ++. UROANALISIS: Color Amarillo, Aspecto Limpido, Densidad 1,025, PH 5,0, Bilirrubina Negativo, Urobilinógeno Normal, Cetonas Negativo, Ácido Ascórbico negativo, glucosa normal proteínas 50, sangre negativa, nitritos negativos. EXAMEN MICROSCOPICO: ++, Bacterias 0 -2 x campo, leucocitos 0 – 3 x campo, moco +, <b>hematies 5 8 x campo (100% fantasmas)</b>
15/04/2015	Análisis <sup>53</sup> de Gonadotropina Coriónica Subunidad Beta Cualitativa Prueba de embarazo en orina o suero, <b>positiva</b> .
16/04/2015	Control prenatal <sup>54</sup> efectuado por la médica Jenny Katherine Gutiérrez Garzón quien estableció un embarazo de 9 semanas por FUR no confiable; al examen físico alerta, sin ninguna alteración, se inició control prenatal; asimismo se ordenaron laboratorios, ecografía obstétrica y fue considerado el alto riesgo por antecedente de aborto.
19/04/2015	Reporte de Laboratorios: Glucosa 103, HTC 32.5, HB 10.8, leucocitos 6250, neutrófilos 60%, hemoclasificación B Positivo serología no reactiva, FFV leucocitos 0-2XCAMPO, levaduras no se observan TSZT de aminas negativo, reacción leucocitaria disminuido. Lactobacillus +++++. UROANALISIS: <b>proteínas negativo, sangre 300, bacterias +, leucocitos negativos, hematies: 80% frescos, 20% fantasmas.</b>
21/04/2015	En consulta externa <sup>55</sup> efectuada por el médico general Juan Sebastián Alfonso Pabón, confirmó el estado de embarazo; asimismo analizó paraclínico advirtiendo glucosa en límite superior se indica control de dieta disminuir azúcares y harinas, hemograma anemia leve volúmenes desconocidos, <b>uroanálisis proteínas negativo hematuria microscópica, sangre 300</b> . Por lo tanto, decide repetir uroanálisis y urocultivo.
22/04/2015	Reporte de Uroanálisis <sup>56</sup> : Color amarillo, Aspecto ligeramente turbio, densidad 1.010, PH 7, bilirrubina Negativo, urobilinógeno Normal, cetonas Negativo, ácido ascórbico Negativo, glucosa Normal, proteínas 30 mg/dl Negativo, sangre 300 eritrocitos/ul Negativo, nitritos Negativo, leucocitos Negativo leucocitos/ul Negativo, bacterias +++ x campo, leucocitos 5 – 8 x campo, células epiteliales ++, moco Hematies: Más de 100 x campo (90% crenados)
28/04/2015	En consulta externa <sup>57</sup> el médico general Luis Jesús Rodríguez Vásquez con ocasión del análisis de paraclínicos determinó como diagnóstico el de infección de vías urinarias; como plan de manejo estableció paciente con embarazo con resultados con uroanálisis sugestivo a infección de vías urinarias por lo cual se da manejo antibiótico con cefalexina 500 mg cada 6 horas con nuevo uroanálisis de control.
05/05/2015	Control prenatal <sup>58</sup> realizado por la médica general Jenny Patricia Gómez Ramírez quien determinó como diagnóstico "Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION". Asimismo, considero embarazo de alto riesgo se solicita valoración y manejo por ginecología dando orden de remisión

<sup>50</sup> Páginas 29 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>51</sup> Páginas 30-31 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>52</sup> Páginas 33-34 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>53</sup> Página 38 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>54</sup> Páginas 41-43 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>55</sup> Página 46 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>56</sup> Página 47 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>57</sup> Páginas 48 – 49 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>58</sup> Páginas 49 – 51 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

	para valoración.
14/05/2015	Control prenatal <sup>59</sup> realizado por la médica general Mónica Liliana Parrado Delgado quien determinó una edad gestacional de 12.2 semanas; asimismo analizó los laboratorios de fechas en los siguientes términos: 19/04/2015 GLUCOSA 103, HEMOGRAMA NORMAL, SEROLOGIA NO REACTIVA. 22/04/2015 UROANALISIS SUGESTIVO DE IVU 23/04/2015 HB AGS NO REACTIVO, TOXO IGG NEGATIVO, HIV NO REACTIVO. 25/04/2015 UROCULTIVO NEGATIVO A LAS 24 H DE INCUBACION Como análisis y plan de manejo la médica tratante determinó que la paciente de 20 años G2A1P0 con embarazo de 12.2 semanas dejando constancia que la paciente asiste sin ecografías. "PACIENTE REFIERE VOMITOS Y MAREOS OCASIONALES QUE HAN DISMINUIDO. ACTUALEMNTE (sic) PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODIMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA. ABDOMEN BLANDO UTERO PALPABLE, FLUJO VAGINAL FETIDO BLANQUECINO. SE INICIAN OVULOS DE CLOTRIMAZOL 1 CADA NOCHE POR 5 NOCHES, SE CONTINUAN MICRONUTRIENTES. SE SOLICITA ECOGRAFIA OBSTERICA Y GLUCOSA PRE Y POST. SE DAN SIGNOS DE ALARMA (NÁUSEAS Y VOMITO INTENSOS (MÁS DE TRES VECES), DOLOR TIPO ARDOR EN LA BOCA DEL ESTÓMAGO, DOLOR BAJITO TIPO CÓLICO, DOLOR, ARDOR O MOLESTIA AL ORINAR, FLUJO GENITAL ABUNDANTE, SANGRADO VAGINAL, FIEBRE O DIARREA) PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR."
17/05/2015	La paciente acude por servicio de urgencias <sup>60</sup> por motivo de tener un dolor en la espalda siendo atendida por la médica Mónica Liliana Parrado Delegado, quien en su análisis determinó cuadro clínico de un día de evolución de dolor lumbar asociado a edema bilateral en miembros inferiores sin otra sintomatología asociada. Adicionalmente, dejó consignado como diagnóstico de "Z340 SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL". Igualmente, se determinó en el examen físico paciente en buenas condiciones generales hemo dinámicamente estable, afebril. Sin otros signos de respuesta inflamatoria sistémica con abdomen blando útero aumentado de tamaño palpable, cifras tensionales dentro de límites normales, puño percusión negativa, no se documenta edema de miembros inferiores. <b>Por el momento paciente con embarazo de bajo riesgo obstétrico se solicita perfil toxémico de primer nivel, se cita a control con resultados se dan signos de alarma y recomendaciones.</b>
21/05/2015	En consulta externa por medicina general <sup>61</sup> la médica general Jenny Patricia Gómez Ramírez estableció como diagnósticos de <b>proteinuria aislada y hematuria</b> apoyado en los resultados de uroanálisis que dan cuenta de <b>hematies frescos 90% 5% crenados 5% fantasmas con hematuria y proteinuria aislada de 100;</b> asimismo sobresale nota médica que refiere <b>insuficiencia renal aun sin edad gestacional para sospecha de preeclampsia.</b> Como plan de manejo solicitó proteinuria 24 horas, ecografía renal y de vías urinarias; asimismo pidió creatinina de control y nueva valoración con resultados con el fin de descartar enfermedad renal ordenándose en su momento egreso de seguimiento de control prenatal. Igualmente, redireccionó a servicio de urgencias. Paralelamente dio orden de remisión a ginecología para valoración y manejo.
21/05/2015	Ingresó por el servicio de urgencias a las 12:33 horas <sup>62</sup> siendo atendida por el médico general Juan Sebastián Alfonso Pabón quien advirtió edema en pies desde primera valoración por sospecha de edemas antenatales; asimismo dejó constancia de análisis de paraclínicos ya valorados con proteinuria significativa y hematuria que en su sentir se encontraba en manejo de ginecología y obstetricia el día de ayer ordenando egreso ambulatorio. A su vez dejó nota médica de "paciente con mala adherencia tratamiento en quien se ha indicado en múltiples ocasiones toma de paraclínicos adicionales, quien ya tiene órdenes pendiente toma". Como diagnóstico determinó "Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO".
25/05/2015	En consulta externa de medicina general <sup>63</sup> la médica general Jenny Patricia Gómez Ramírez <b>diagnosticó insuficiencia renal no especificada</b> y la de "Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION" quien evidenció en la <b>paciente creatinina con una tasa de filtración glomerular de 45 ml/min, con sospecha de insuficiencia renal, con proteinuria aislada hematuria; que fue valorada por ginecología quien consideró infección de vías urinarias para lo cual</b>

<sup>59</sup> Páginas 51 – 53 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>60</sup> Páginas 57 – 58 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>61</sup> Páginas 59 – 60 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>62</sup> Páginas 61 – 63 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>63</sup> Páginas 64 – 63 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

	<p><b>inciaron manejo con nitrofurantoina.</b></p> <p>A su vez, ordenó repetir solicitud de ecografía renal y de vías urinarias, en el momento pendiente proteinuria en 24 horas y ecografía renal y de vías urinarias. Además, <b>fue solicitada valoración y manejo por medicina interna urgente y nuevamente por ginecología.</b></p>
09-06-2015	<p>En consulta externa<sup>64</sup> el médico general Henry Reina Moreno atendió nuevamente a la paciente acude nuevamente por presentar ardor la orinar con cuadro clínica de varios días siéndole diagnosticada "N390 Infección de Vías Urinarias, Sitio No Especificado" ordenando como plan de manejo parcial de orina, acetaminofén y vitamina c.</p>
11-06-2015	<p>Control prenatal realizado por la médica general Jenny Patricia Gómez Ramírez<sup>65</sup> quien estableció como diagnósticos los de "Z359 Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación", "<b>N19x insuficiencia renal no especificada</b>" y "D649 anemia de tipo no especificado". En la misma consulta la médica tratante estableció una edad gestacional de 16.5 semanas con <b>hematuria</b> diuresis y deposiciones positivas. A su vez, fueron valorados paraclínicos de control en los cuales sobresalió persistencia de genaturia creatinina elevada con tasa de filtración glomerular de 45 ml/min con hemograma con anemia microcítica hipocrómica. Dejó consignada la nota médica de que en el momento se ha enviado en 2 ocasiones para valoración y manejo por medicina interna y gineco obstetricia, sin valoración alguna ni ubicación por parte de su EPS.</p> <p>Hizo análisis de laboratorios en los siguientes términos:</p> <p><b>11/06/2015</b> UROANALISIS CON HEMATURIA PROTEINURIA AISLADA HEMATIES 100 X CAMPO CRENADOS 5%</p> <p><b>19/04/2015</b> UROANALISIS CON HEMATURIA FFV PATOLOGICO TRATADO GLICEMIA CENTRAL NORMAL HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA ANEMIA AGUDA HEMOCLASIFICACION B POSITIVO SEROLOGIA NO REACTIVA</p> <p><b>22/04/2015</b> UROANALISIS PROTEINURIA 30 HEMATURIA 300 SUGESTIVO DE INFECCION URINARIA TRATADA</p> <p><b>23/04/2015</b> HEPATITIS B NEGATIVO TOCOPLASMA IGG NEGATIVO VOH NEGATIVO</p> <p><b>25/04/2015</b> UROCULTIVO NEGATIVO</p> <p><b>14/05/2015</b> UROANALISIS PROTEINURIA HEMATURIA</p> <p><b>25/05/2015</b> GLUCOSA PRE Y POSPRANDIAL NORMAL ACIDO URICO 5.4 CREATININA 2.1</p> <p><b>29/05/2015</b> HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA</p> <p>UROCULTIVO NEGATIVO A LAS 48 HORAS UROANALISIS CON HEMATURIA</p> <p>Paralelamente fue valorada hemograma del inicio y el último con descenso notable de hemoglobina. Por lo anterior, consideró embarazo de 16.5 semanas, alto riesgo obstétrico, con alta sospecha de insuficiencia renal crónica hematuria a estudio, anemia microcítica hipocrómica a estudio; asimismo insistió en valoraciones y nuevamente envió a remisión a ambos servicios de especialidad.</p>
11-06-2015	<p>Reporte de Laboratorios<sup>66</sup>:</p> <p>Uroanálisis, color hematúrico, aspecto turbio, densidad 1.010, PH 5.0 bilirrubina Negativo mg/dl Negativo, urobilinógeno Normal, cetonas negativo, ácido ascórbico Negativo, glucosa Normal, proteínas 100, sangre 300 eritrocitos/ul Negativo, nitritos negativos, leucocitos negativo, bacterias escasas x campo, leucocitos 5 - 10 x campo x campo, células epiteliales 0 - 2 x campo, moco Hematies. &gt;100 x campo (90% frescos - 5% Fantasmas - 5% Crenados).</p>
17-06-2015	<p>Ingreso por Urgencias<sup>67</sup> siendo atendida por la médica de Medicina General Mónica Liliana Parrado Delgado consultando por cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en nauseas asociado a múltiples episodios eméticos de contenido alimentario "con pintas de sangre en número de 5" y refirió, además franca hematuria. En dicha consulta sobresale la siguiente anotación, "<b>se trata de una paciente con embarazo de 16.5 semanas por primera ecografía con FUR no confiable con mal control prenatal</b>". Como diagnósticos se determinaron los siguientes, "N170 insuficiencia renal aguda con necrosis tubular", "Z321 embarazo confirmado", "R11X nausea y vomito" con ocasión del análisis de hemoglobina 5.4, previa 7.8 HTO 15.9 uroanálisis no sugestivo a IVU proteinuria marcada 500 sangre 300 proteinuria 24 horas 3060, hiperuricemia 9.2 pruebas de función renal creatinina 2.2 Z&lt;.</p> <p>Reporte de Laboratorios<sup>68</sup></p> <p>Hematología: HEMATOCRITO: 15.9 %, HEMOGLOBINA: 5.7 g/dl, RTO DE</p>

<sup>64</sup> Páginas 66 – 67 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>65</sup> Páginas 68 - 73 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>66</sup> Página 73 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>67</sup> Página 75 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>68</sup> Página 74 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

	LEUCOCITOS: 5.500 /mm <sup>3</sup> , NEUTROFILOS: 76 %, LINFOCITOS: 24 %, MONOCITOS: 1 % Uroanálisis: COLOR Amarillo, ASPECTO: Ligeramente turbio, DENSIDAD: 1.010, PH: 6.0, BILIRRUBINA: Negativo, UROBILINOGENO: Normal, CETONAS: Negativo, ACIDO ASCORBICO: Negativo, GLUCOSA: Normal, PROTEINAS: 500 mg/dl, SANGRE: 300 eritrocitos/ul Negativo, NITRITOS: Negativo, LEUCOCITOS: Negativo, BACTERIAS: Escasas x campo, LEUCOCITOS: Ocasionales x campo, CELULAS EPITELIALES: 0 - 3 x campo, MOCO <b>Hematies: &gt;100 x campo (95% frescos - 5% crenados)</b>
17-06-2015	Servicio de Urgencias siendo remitida <sup>69</sup> al Hospital Samaritana con los siguientes diagnósticos: <b>Diag. Ppal : D649 ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO; Diag. Rel1 : N170 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA CON NECROSIS TUBULAR; Diag. Rel2 : Z321 EMBARAZO CONFIRMADO; y Diag. Rel3 : R11X NAUSEA Y VOMITO</b>

- De la Historia clínica del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. aparece la atención médica que le fue brindada a la señora Deiby Faidy Bejarano Martín<sup>70</sup>, de lo cual sobresale lo siguiente:

Fecha	Descripción Evento
20/05/2015	Fue valorada en consulta externa por el Gineco Obstetra, Ricardo Agudelo Guzmán <sup>71</sup> , de la especialidad actividad físico terapéutica (sic). No obstante, la médica María del Socorro Gallego Ordoñez refirió en audiencia del 29 de octubre de 2020 que el colega también es ginecólogo. En dicha consulta obra nota médica de que trae reportes paraclínicos bajo la siguiente interpretación, " <i>GS B RH POSITIVO, UROCULTIVO NEGATIVO AGSHB NEGATIVO, TOXO IGG NEGATIVO, VIH NEGATIVO y GLICEMIA 103. **NO TRAE IMAGENOLOGIA DEL EMBARAZO**</i> ". Igualmente, como plan de manejo sobresale orden de ecografía obstétrica, laboratorios clínicos y acudir con reportes en puesto de salud IPS Medina.
22/05/2015	En valoración por Servicio de Urgencias, la Ginecóloga María del Socorro Gallego Ordoñez <sup>72</sup> en la evolución anotó paciente de 20 años G2A1 con una edad gestacional de 13 semanas; asimismo, dejó nota médica que la paciente refirió cefalea, vómito y <b>orinas hemáticas desde hace 2 meses</b> , disuria de dolor. Además, evidenció que <b>desde el 21 de abril la paciente venía presentando hematuria con 90% hematies frescos</b> . Asimismo, anotó en la interpretación de los resultados de paraclínicos los siguientes hallazgos " <i>CH leucograma normal. HB en 7,8. PDO con hematuria. Bacterias 3 + proteinuria en 100 mg dl. Paralelamente estableció como diagnóstico el de "Z321 Embarazo Confirmado"</i> y como plan de manejo fue ordenado ss ecografía renal y la toma paraclínicos ordenándose a su vez la administración de medicamentos de forma oral correspondiente a nitrofurantoina 1 tableta cada 6 horas y sulfato ferroso.

- De la Historia clínica del Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. aparece la atención médica que le fue brindada a la señora Deiby Faidy Bejarano Martín, de la cual sobresale lo siguiente:

Fecha	Descripción Evento
18/06/2015	A las 2:36 la paciente ingresó al Servicio Urgencias <sup>73</sup> por cuadro clínico 1 día de evolución de episodios eméticos de contenido alimentario con sangre en promedio 5 episodios. La paciente refirió haber presentado episodios previos desde hace 3 meses de contenido alimentario sin sangre. Simultáneamente, obra registro de la revisión por sistema en el cual se evidencia que la paciente refirió: <b>i) desde hace 3 meses hematuria macroscópica y dolor a nivel de hipogastrio; ii) edema en miembros inferiores anterior a inicio del embarazo; y iii) cefalea opresiva que sede con analgesia y tinnitus</b> . Como antecedentes: <b>i) Patológicos: hidronefrosis renal?</b> con diagnóstico en este embarazo; <b>ii) Farmacológicos:</b> micronutrientes; <b>iii) Quirúrgicos:</b> niega; <b>iv) Alérgico:</b> niega; Ginecoobstetricia: menarquia 11 ciclos menstruales irregulares G2A1, primipaternidad, CCV hace un año normal, aborto hace 3 años a 12 semanas de gestación pos traumático. <b>Adicionalmente obra registro del Uroanálisis:</b>

<sup>69</sup> Página 78 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>70</sup> Folios 249 a 257 del Cuaderno 1

<sup>71</sup> Páginas 1-2 del archivo denominado "HC Deiby Faidy Bejarano Martin" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>72</sup> Página 3 del archivo denominado "HC Deiby Faidy Bejarano Martin" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>73</sup> Páginas 1-4 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<p><b>13/05/15 hematuria, hematies más de 60 por campo</b>  <b>21/05/15 BUN: 5.4 creatinina 2.1</b>  <b>12/06/15 riñones aumentados de tamaño, con alteración de la ecogenicidad</b> tornándose hiperecogénicos sin evidencia de ectasia ni litiasis  <b>OPINIÓN:</b> cuadro de <b>nefropatía aguda bilateral</b>  17/06/15 HB: 5.7 Uroanálisis hematuria y proteinuria mayor de 500 no infección, ácido úrico 9.2 y creatinina 2,2 BUN 42.  Como impresión diagnóstica el médico gineco obstetra Roberto Gallo Roa determinó: i) embarazo de 17.5 semanas por ecografía de primer trimestre; ii) <b>falla renal en estudio</b>; iii) hematemesis a estudio; iv) G2A1, v) antecedente de aborto hace 3 años postraumático; vi) feto único vivo; vii) primipaternidad; y vii) síndrome anémico?  El médico tratante decidió hospitalizar, hidratación endovenosa para estudios y manejo, solicitó paraclínicos, recolección de orina en 24 horas, valoración por <b>nefrología</b>.</p>
18/06/2015	<p>A las 11:02 fue valorada por nefrología<sup>74</sup>, por el especialista Edgar Silva Borrero, quien advirtió un cuadro crónico de hematuria macroscópica intermitente y síntomas y signos que sugieren síndrome nefrótico (edema, hiperlipidemia) con sospecha de que podría cursar con enfermedad glomerular mixta sobre la base de una enfermedad renal crónica??. En cuanto al componente nefrótico, evidenció que podría tratarse de una glomerulonefritis postestreptocócica teniendo en cuenta antecedente de infecciones de tracto respiratorio superior a repetición durante la infancia; no obstante, se contemplan otras opciones diagnósticas, tales como nefropatía por IgA y endocarditis??  También dejó nota médica de presencia de edema, proteinuria y antecedente de hiperlipidemia hacen pensar en la presencia de un síndrome nefrótico. Igualmente hizo la salvedad, que por grupo Etéreo de la paciente, estudiaría primero causas infecciosas y autoinmunes.  Adicionalmente, observó con preocupación que, tenía la TFG comprometida, la actual es de 31.2 ml/min/1.73 m2 por CKD-EPI calculada con Cr en sitio de remisión de 2.1 mg/dL.  Hizo énfasis que de momento, clínicamente no hay criterios de urgencia dialítica; no obstante en dejó consignada nota médica de paciente en riesgo de progresión a falla renal terminal.</p>
18/06/2015	<p>A las 12:06 horas fue valorada nuevamente por la especialidad de gineco obstetricia, Roberto Gallo Roa<sup>75</sup>, quien estableció "<i>paciente con criterios de ingreso a unidad de cuidado crítico obstétrico según referencia de la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, de enero de 2014</i>". En dicho momento fue ingresada a Unidad de Cuidado Crítico Obstétrico.</p>
19/06/2015	<p>A las 0:47 horas, el gineco obstetra Camilo Alberto Garzón Sarmiento<sup>76</sup> observó que la paciente cumplía criterios para ser ubicada en la Unidad de Cuidado Crítico Obstétrico, según Revista Colombiana de Ginecología Vol. 65 N° 1 Enero – Marzo 2014.  Posteriormente, fue valorada por nefrología, Edgar Silva Borrero<sup>77</sup>, quien determinó como diagnósticos: 1- Enfermedad glomerular mixta; 1.1 Síndrome nefrótico (proteinuria 5.1 gr/24 h) * Colagenosis?? - SAF?? 1.1 Síndrome nefrótico?? * GMN postinfecciosa?? * Nefropatía por IgA??; 2- Hematuria macroscópica crónica intermitente; 3- Enfermedad renal crónica G4b ?; 4- Embarazo de 17.6 semanas; y 5- Anemia de volúmenes normales transfundida; encontrándose en estado regular con evolución clínica desfavorable. A su vez, hizo salvedad de que "<i>lo ideal es estudiarla con biopsia renal, sin embargo, el estado de embarazo y la condición clínica actual contraindican el procedimiento. El departamento de ginecoobstetricia debe considerar la viabilidad del embarazo dado el alto riesgo de complicaciones durante la gestación.</i>" Como plan de manejo ordenó estudio de ERC y glomerulopatía mixta, indicó que no era posible uso de estatina en el embarazo, ordenó mantener euvolemia, evitar nefrotóxicos y pendiente valoración por urología y nutrición.  A las 11:37 nuevamente valorada por Ginecología y Obstetricia, Edwin Alfonso Cruz Cruz<sup>78</sup>, quien observó entre otros hallazgos que, su sintomatología actual podía corresponder más con algún tipo de glomerulonefritis aguda y que teniendo en cuenta que es urgente aclarar el diagnóstico tiene en consideración la necesidad de obtener con la mayor celeridad las pruebas inmunológicas ordenadas por el servicio de nefrología y la posibilidad de realizar una biopsia renal, porque el caso compromete un embarazo lejos del término y que produce morbi-mortalidad materna, se considera que es necesario realizar un manejo</p>

<sup>74</sup> Páginas 7 a 8 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>75</sup> Páginas 9 a 11 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>76</sup> Páginas 13 a 14 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>77</sup> Página 17 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>78</sup> Página 22 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<p>interdisciplinario con los servicios de nefrología, medicina interna y reumatología; asimismo, fue solicitada interconsulta a trabajo social para soporte de red materna y a psicología por probable estancia hospitalaria prolongada y posibilidad de terminación del embarazo.</p> <p>A las 12:06 horas el especialista de gineco obstétrica, Roberto Gallo Roa, ordenó como plan de manejo completar el estudio de glomerulopatía con exámenes de perfil inmunológico (en especial IGA); se consideró mantener adecuada hidratación y monitoria de paraclínicos azoados seriados cada 8 horas para ver evolución de disfunción renal, entre otros paraclínico; adicionalmente fue ordenó reservar 6 UI de GR y se ordena transfusión de 3 UI CG según protocolo.</p>
19/06/2015	<p>Reporte de Laboratorios<sup>79</sup>:</p> <p><b>18/06/2015:</b> HEMOGRAMA: LEUCOS: 6786, NEUTROFILOS: 77%, LINFOS: 11%, HB: 6.2, HCTO: 19, VCM: 77, HCM: 25.1, PLAQUETAS: 259000, BUN: 46, CALCIO: 7.84, CLORO: 106, COLESTEROL TOTAL: 206, FOSFORO: 4.85, HDL: 45, LDL: 79, POTASIO: 5, SODIO: 135, <b>PROTEINAS TOTALES: 6.04</b>, TRIGICERIDOS: 434, ACIDO URICO: 6.47, SEROLOGIA RPR: NO REACTICA. <b>UROANALISIS: PROTEINAS 500, SANGRE: 300, PH: 6, DENSIDAD 1005</b>, SEDIMENTO: LEUCOCITOS 8-10 XC. GLUCOSA: 83, HBA1C: 5%, HEPATITIS B: NEGATIVO, HEPATITIS C: NEGATIVO, VIH: NEGATIVO.</p> <p>19/06/2015: HEMOGRAMA: LEUCOCITOS: 5766, NEUTROFILOS: 75%, LIFOCITIS: 19%, HB: 9.4, HCTO: 27, PLAQUETAS 233000. CREATININA 2.57. PROTEINAS EN ORINA DE 24 HORAS: 5116, PROTEINURIA: 267 (VOLUMEN DE ORINA 1910). Adicionalmente, obra nota médica que sigue empeoramiento de función renal, con requerimiento por pronóstico de terapia de remplazo renal de forma temprana teniendo en cuenta además que hubo necesidad de transfusión y debe haber sobrecarga de volumen; asimismo, se evidenció por parte de gastroenterología que hay rectosigmoidoscopia con proctocolitis ulcerativa; y que en conjunto con nefrología se determinó que tiene alta asociación con enfermedad autoinmune.</p>
19/06/2015	<p>A las 12:53 la Institución realizó Junta Médica en la cual arriban a diferentes conclusiones, entre ellas, <i>"no tenemos parámetros para determinar si el compromiso de la función renal es rápidamente progresivo o si se trata de una patología crónica agudizada por el embarazo o de una patología iniciada de novo en el embarazo actual"</i>. Se observa que ese día fue valorada por las especialidades de gineco obstetricia, nefrología, medicina interna, reumatología, nutricionista, psicología y trabajo social.</p>
20/06/2015	<p>A las 10:32, entre otras especialidades fue valorada por Urología, quien<sup>80</sup> realizó análisis de ecografía renal evidenciando lo siguiente: riñones hiperecogénicos, sin hidronefrosis o imágenes que sugieran masas sin dilatación ureteral bilateral, vejiga de paredes sanas sin alteraciones de sus paredes. Uroanálisis: proteinuria 500 mg en muestra aislada, hematuria. creatinina 2.2. gestante de 17.6 semanas en estudios por servicio de ginecología por aparente enfermedad reumatológica, <i>"nos interconsultan por hematuria macroscópica en uroanálisis para descartar algún origen urológico posible de la misma. se cierra interconsulta"</i>.</p>
21/06/2015	<p>A las 13:53 entre otros procedimientos, a la paciente le fue realizada la transfusión de sangre<sup>81</sup> de unidad 1 de concentrado globular sin reacciones siendo valorada por el médico gineco obstetra Roberto Gall Roa con ocasión del seguimiento de los diagnósticos: 1. embarazo de 18.1 semanas por ecografía; 2. Hematuria macroscópica crónica intermitente en estudio. 2.1. enfermedad glomerular mixta a clasificar (posinfecciosa vs autoinmune) 2.2 se sospecha enfermedad autoinmune saf? 3. ERC G4B.</p>
22/06/2015	<p>A las 12:59 con valoración de diferentes especialidades, particularmente por la médica internista, Paula Lucía Pinzón Leal<sup>82</sup>, registró como datos de resultados paraclínicos los siguientes:</p> <p><b>**22/06/2015 BUN:52, CREATININA: 3, NA: 133, K:5, HEMOGRAMA LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA (LEU 12.2, NEU 88%) PLAQUETAS 236.000 COOMBS DIRECTO CUALITATIVO (NEGATIVO)</b></p> <p><b>**21/06/2015: PT 10.6/11.2, INR 0.95, PTT 24.4/29, BUN 47, CR 2.78, K 5.31, LDH 129</b></p> <p><b>**20/06/2015: Uroanálisis: proteínas 100mg/dL cetonas neg, sangre 300ery ph 7 LEUCOCITOS: 2-4POR CAMPO ERITROCITOS BAJOS: MAYOR A 50 POR CAMP, ERITROCITOS FANTASMAS: 2-4POR CAMPO CELULAS EPITELIO RENAL BAJO: 1-2POR CAMPO BACTERIAS: ++ CILINDROS: GRANULOSOS \ 0-1 X CAMPO</b></p>

<sup>79</sup> Ver nota médica consignada en la página 19 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>80</sup> Página 47 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>81</sup> Página 62 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>82</sup> Páginas 77 – 81 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<p>**19/06/15: bilirrubina total: 3.36, bilirrubina directa: 0.7, bilirrubina indirecta: 2.66, <b>creatinina: 2.63</b>, BUN: 48, RPR: no reactivo</p> <p>**18/6/2015: Leu 6780 Neu 77.9%, Hb 6.2, Hcto 19.4, VCM 77.9, Plaq 259.000. Glucemia 83 HbAc1 5.5%, AgSVHB 0.22 (No reactivo), VHC: 0.05 (no reactivo), TSH 0.34. Albúmina 2.53, BUN 46, Ca 7.87, CI 106, HDL 45.18, K 5.02, Na 135.18, <b>Proteínas totales 6.04</b>, TG 434, AU 6.47, PRP: no reactivo</p> <p>Parcial de orina: <b>hematuria 300 c/UI, proteinuria 500 mg/dL LDL 79 mg/dL</b></p> <p>Rx de tórax: Silueta cardio-aórtica de tamaño y morfología normal. Adecuada transparencia pleuropulmonar. Espacios pleurales libres. Tráquea y mediastino sin alteraciones.</p> <p>De la valoración sobresale nota médica que da cuenta, que la médica internista, comentó con familiares (esposo y hermana) la patología que estaba presentando la paciente, riesgos, complicación de muerte tanto materna como fetal y el pobre pronóstico, se les expuso nuevamente la "opción de interrupción voluntaria del embarazo para que sea comentada en conjunto con la familia, quienes deciden la interrupción voluntaria del embarazo, pero hasta el día de mañana cuando esposo puede estar disponible y presente para firma de papeles en conjunto con paciente".</p>
22/06/2015	<p>A las 16:05 horas fue realizada interconsulta médica especializada "se pasa interconsulta a servicio de uci ya paciente comentada con Dra. María Teresa para terapia de reemplazo renal e inicio de pulsos bajo monitorización en unidad de cuidado intensivo"<sup>83</sup>.</p>
22/06/2015	<p>A las 16:43 la especialidad de reumatología, Sergio Alexander Mora Alfonso<sup>84</sup>, insistió en la práctica de la biopsia renal por los siguientes motivos: "Consideramos que no hay una contraindicación real para realizar una BX renal en el embarazo. Los estudios muestran iguales tasas de complicación contra pacientes sanos no embarazadas. Sin biopsia renal somos incapaces de redireccionar el manejo, descartar podocitopatías y definir el pronóstico a largo plazo. Nos llama la atención las lesiones ulcerativas colónicas bajo este contexto de sospecha inmune no descartamos una poliautoinmunidad y menos posible una entidad con compromiso renal asociada a enfermedad inflamatoria intestinal??" Así, entonces, se observa que el especialista como plan de manejo ordenó biopsia renal por radiología intervencionista; entre otras instrucciones. Adicionalmente pidió definir con la paciente y ginecología, nefrología, el bienestar fetal curso del embarazo y la pertinencia de su terminación temprana bajo el contexto actual de la paciente.</p>
22/06/2015	<p>A las 18:44<sup>85</sup>, la paciente fue trasladada a UCI por diagnóstico de insuficiencia renal con embarazo de 18 semanas bajo vigilancia mecánica ventilatoria. Obra nota médica que "al revisar hc se puede comprobar que la paciente acepta interrupción voluntaria del embarazo"<sup>86</sup>. Igualmente, ingresa con diagnósticos de "M329 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, SIN OTRA ESPECIFICACION", "O269 COMPLICACION RELACIONADA CON EL EMBARAZO, NO ESPECIFICADA" y "R31X HEMATURIA, NO ESPECIFICADA"</p> <p>El servicio de ginecología comenta paciente con la unidad, "quienes refieren llegar a una decisión y es por el momento no terminar el embarazo, ya hablaron con la paciente a quien le explican que continuar el embarazo es riesgoso, el tener que usar ciertos medicamentos lo puede ser para ella como tanto al feto, además de esto puede causar abortos y otras complicaciones, refiere aceptar dicha decisión y continuar por el momento el embarazo"<sup>87</sup>.</p>
23/06/2015	<p>A las 9:38 horas la médica internista María Teresa Ospina Cabrera<sup>88</sup> en su análisis de revista médica decidió descartar glomerulonefritis post infecciosa sobrepuesta a una enfermedad autoinmune.</p> <p>A las 11:47 horas el gineco obstetra Edwin Alfonso Cruz Cruz<sup>89</sup> indicó que "la enfermedad inmune y el embarazo, así se decida terminar la gestación o no, el curso de la misma no va a cambiar. La paciente desde hace 3 días ha presentado manchado genital que puede corresponder a que el curso natural de la enfermedad desencadene una amenaza de aborto o termine en aborto espontáneo. No hay razón desde el punto de vista médico para pensar que terminando el embarazo la enfermedad va a mejorar. La biopsia renal en el momento de esta gestación es una indicación clara y precisa ya que la paciente se encuentra en la edad gestacional ideal para realizarla, a no ser de que presente trastornos del sistema de la coagulación.</p> <p>Consideraciones éticas. A la paciente hay que explicarle de forma clara, en su idioma y sin tratar de influenciar ningún tipo de decisión su enfermedad, los riesgos de la misma y de los tratamientos propuestos; cosa que se hizo formalmente por parte del servicio de medicina materno fetal, siendo la intención de la paciente continuar con el embarazo.</p> <p>El servicio de nefrología considera que la paciente presenta una enfermedad renal crónica que se puede establecer por lo consignado en la historia clínica y por el interrogatorio</p>

<sup>83</sup> Página 84 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>84</sup> Página 86 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>85</sup> Página 92 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>86</sup> Ver página 95 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>87</sup> Ver página 99 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>88</sup> Ver página 105 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>89</sup> Ver página 111 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<p>realizado a la paciente. <b>Adicionalmente por el grado de proteinuria que es de 5 Gr, lo que hace sospechar de un síndrome nefrótico instaurado hace ya algún tiempo.</b> En cuanto a la biopsia Renal se considera que aunque la literatura coincide con que es posible realizarla en la paciente Embarazada, la experiencia en esta institución no ha sido satisfactoria en este tipo de pacientes, motivo por el cual se considera que es preferible no realizarla. Adicionalmente, si el resultado de la biopsia confirma un Lupus eritematoso sistémico o una enfermedad autoinmune, la paciente ya está recibiendo tratamiento para este tipo de patologías. Se considera que la enfermedad no es de progresión rápida y que en el momento muestra signos de estabilización, ya que los azoados se han sostenido en 3 mg/dl y el BUN en 50 mg/dl. El punto de corte para realizar diálisis se encuentra en 50 mg/dl de BUN, pero en el momento no tiene criterios de Urgencia dialítica."</p>
23/06/2015	<p>A las 16:38 horas el neurólogo<sup>90</sup> Konney Alexi Rodríguez Valero le informó a la paciente y esposo el deterioro renal actual y posibilidad de requerimiento de hemodiálisis, en la cual fueron aclaradas dudas y se hizo énfasis en complicaciones y riesgos en caso de requerimiento de diálisis.</p>
24/06/2015	<p>A las 11:41 fue realiza Junta Médica en la cual participaron ginecoobstetricia, nefrología y UCI; quienes advirtieron que, "en el momento y dado que durante las últimas 24 horas se ha evidenciado importante elevación de azoados que obligarían a realizar terapia de reemplazo renal de inmediato, <b>se considera que el embarazo no solo es un factor que puede deteriorar aún más su condición clínica, sino que incluso puede comprometer la vida de la paciente.</b> En este momento, ya ha sido instaurada terapia con esteroides que es la primera línea de manejo para este tipo de patologías sin que se haya obtenido una respuesta adecuada, <b>el avance en la terapéutica no es viable puesto que los medicamentos empleados para ello son contraindicados en gestación, adicionalmente la edad gestacional es muy temprana y para lograr llevarla hasta un término en el que el feto sea viable implica progresión de la enfermedad.</b> En ese orden de ideas y dado que se entiende que la paciente no tiene hijos vivos, se considera como <b>medida prudente la realización de terapia dialítica por 48 horas y la evaluación estricta de su evolución en ese período de tiempo.</b> De no encontrar control de la enfermedad, se volverá a convocar junta médica para decisión de interrupción del embarazo. (Sentencia C 355 2006 del Consejo de Estado) (sic)".</p>
24/06/2015	<p>A las 14:51 horas el radiólogo Michel Johoanny Hernandez Restrepo<sup>91</sup> le realizó el paso de catéter Mahurka. A las 16:22 horas se dio inicio a manejo con terapia de remplazo renal para mantener nitrógeno ureico en metas debajo de 50mg/dl<sup>92</sup></p>
24/06/2015	<p>A las 21:48 horas<sup>93</sup> paciente post diálisis, presenta cuadro diarreico, y súbitamente presenta hipotensión, adinamia, desaturación, recupera oxigenación con ventury, paso bolo de cristaloides 200 CC, incremento infusión 60 CC hora, inicio vasopresor titulado por urgencia inicio por periférica, hay disminución del mv hemitórax derecho, pendiente Rx tórax control post catéter, solicito toma, según hallazgos, invadir con central izquierdo, preservo mss. por nefropatía para posterior fistula av, glucometría elevada iniciar insulina titulada 2 unidades hora. paciente en deterioro, concepto obstétrico establecido, se continuo manejo de uci.</p>
25/06/2015	<p>A las 00:57:04 horas el médico internista Hernán Ballén Párraga<sup>94</sup> observó a la paciente con deterioro hemodinámico requiriendo mayor dosis de norepinefrina actualmente 0.2 MCG kg/minuto persistiendo inestabilidad. A las 11:57 horas el mismo médico internista<sup>95</sup> reportó que la paciente persistía en choque, con cuadro súbito de choque refractario, precedido de hemodiálisis sin complicaciones no signos de embolismo, gases arteriales con hiperoxemia pero con hipoperfusión, ordenó evaluar megacolon toxico, solicito Rx de abdomen simple. A las 13:59 horas el médico internista José Alexander Muñoz Sánchez<sup>96</sup> ordenó inicio de misoprostol para maduración de cuello e inicio de expulsión de feto, mal pronóstico por el momento. A las 14:12 horas el médico gineco obstetra Roberto Gallo Roa<sup>97</sup> también evidenció que la paciente se encuentra clínicamente inestable con rápido deterioro clínico, con soporte ventilatorio y hemodinámico, evaluó riesgo beneficio se considera inicio de misoprostol para realización de evacuación uterina, se realizó reserva de 6 ugre 10 plasma 10 plaquetas, se explicó "a familiar de la paciente (hermana) y esposo el procedimiento a realizar, el posterior legrado</p>

<sup>90</sup> Ver página 118 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>91</sup> Página 134 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>92</sup> Página 141 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>93</sup> Página 146 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>94</sup> Página 148 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>95</sup> Página 154 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>96</sup> Página 187 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>97</sup> Página 190 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<i>obstétrico y las posibles complicaciones (sangrado infección lesión de víscera abdominal, muerte materna) manifiesta entender, se firma consentimiento informado."</i>
26/06/2015	<p>A las 8:43 el médico gineco obstetra Camilo Alberto Garzón Sarmiento<sup>98</sup> estableció que el día anterior a la paciente se le había iniciado maduración cervical para expulsión de feto con misoprostol; sin embargo, presentó elevación de transaminasas considerando en su momento preeclampsia severa sobreagregadas y síndrome hellp. Asimismo, realizó tacto vaginal con BISHOP desfavorable motivo por el cual consideró de urgencia vital decide llevar a cesárea y en el momento sin disponibilidad de familiar para explicar procedimiento urgencia y riesgos con pronóstico reservado, alto riesgo de muerte.</p> <p>A las 9:22 la médica internista María Teresa Ospina Cabrera consideró que la vasculitis es sobrepuesta a un lupus erimatoso sistémico; adicionalmente puso de presente que no se descarta que el embarazo fuese la causa del desencadenamiento de la crisis actual<sup>99</sup>.</p> <p>A las 18:26 horas el gineco obstetra José Antonio Navarro Devia<sup>100</sup>, entre otras especialidades reportó el mal estado general de la paciente con ventilación mecánica; además fue evidenciado un cuadro de posible hellp con disfunción multiorgánica en POP cesárea de urgencia con histerectomía subtotal y extracción de feto. A su vez, obra registro de llamado de shock persistente con requerimiento de soporte de vasopresor altas dosis. Como diagnósticos a este instante se indicaron los siguientes: POP HISTERECTOMÍA SUBTOTAL Y EXTRACCIÓN DE FETO</p> <p>1. MUERTE FETAL DE 19SG; 1.1. EN DESEMBARAZO CON MISOPROSTOL; 1.2 SINDROME DE HELLP ??; 2. SINDROME SOBREPUESTO LUPUS ERITEMATOSA SISTEMICO CON VASCULITIS ANCAS POSITIVAPOSIBLE PAM; 2.1 GLOMERULOPATIA RAPIDAMENTE PROGRESIVA; 2.2 LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO SLEDAI 18; 2.3 HEMORRAGIA ALVEOLAR, CAPILARITIS PULMONAR; 3. FALLA RENAL AGUDA REQUERIMIENTO DE HEMODIALISIS INICIO 24/06/2015; 4. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COLITIS ULCERATIVA; 5. DISFUNCION PULMONAR SEVERA; 6. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA; e 7. INFARTO AGUDO MIOCARDIO TIPO II.</p> <p>Como plan de manejo fue ordenada ecografía abdominal.</p> <p>A las 21:57 horas la especialidad de nefrología<sup>101</sup> en similares términos analizó la disfunción multiorgánica; además, de la ecografía abdominal evidenció liquido libre. Desde el punto de vista inmunológico con anti nucleosoma lo observó "muy positivo lo que habla de glomerulonefritis instaurada por actividad de su LES, paciente candidata para inicio de RITUXIMAB en el momento no disponibilidad en la Institución"</p>
27/06/2015	<p>A las 8:24 horas el médico gineco obstetra Ernesto Pérez Suárez<sup>102</sup> reiteró diagnósticos principales consistentes en Lupus Erimatoso Sistémico – LES – posible Hellp con disfunción multiorgánica, entre otros. Posteriormente, a las 13:16 horas el médico tratante<sup>103</sup> practicó laparotomía exploratoria en la cual entre otros hallazgos observó pared abdominal con coágulos, fascia y músculos indemnes; muñón cervical sin estigmas de sangrado activo, infundíbulo pélvico izquierdo indemne sin evidencia de trombos, infundíbulo pélvico derecho con sangrado activo de vaso superficial no hay evidencia de trombos. Como plan de manejo en UCI integral, entre otras órdenes y especialidades.</p>
28/06/2015	<p>A las entre otras valoraciones, la especialidad de ginecología y obstetricia, el médico José Antonio Navarro Devia<sup>104</sup>, en el análisis de evolución de la paciente observó su regular estado posterior a su reintervención quirúrgica; asimismo, desde el punto de vista de autoinmunidad estableció que la paciente era candidata a inicio de RITUXIMAB el cual no se encontraba disponible en la Institución encontrándose pendiente su aplicación. Adicionalmente como plan de manejo continuar en UCI integral.</p>
29/06/2015	<p>A las 11:47 la Farmacia de la Institución solicitó reformular el medicamento RITUXIMAB<sup>105</sup>; posteriormente, a las 22:06 el médico UCI refiere a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, Edwin Alfonso Cruz Cruz<sup>106</sup>, que la paciente presentaba secreción fétida, purulenta, asimismo se insistió que en la</p>

<sup>98</sup> Página 218 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>99</sup> Página 241 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>100</sup> Página 252 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>101</sup> Página 258 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>102</sup> Página 268 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>103</sup> Página 277 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>104</sup> Páginas 311-312 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>105</sup> Páginas 328 – 329 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>106</sup> Páginas 342 - 344 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	noche se inicie con RITUXIMAB. Igualmente se dio continuidad a la hemodiálisis como con la inmunoglobulina, entre otros diagnósticos. A su vez, se continuo manejo en UCI.
30/06/2015	A las 9:19 horas <sup>107</sup> la especialidad de medicina de urgencias y hospitalaria, Lizeth Chaparro de Portillo, entre los hallazgos advertidos llamó la atención de leucocitosis y neutrofilia. Como plan de manejo fueron ordenadas pruebas hepática y LDH continuándose manejo en conjunto con Unidad de Cuidado Intensivo junto con nutrición enteral. A las 10:27 horas <sup>108</sup> el nefrólogo Edgar Silva Borrero realizó seguimiento a la evolución de la paciente en el cual hizo énfasis que cumple criterios para lupus eritematoso sistémico; adicionalmente las malas condiciones generales aunque en su momento presentaba mejoría de azoatados. A las 13:54 horas <sup>109</sup> nuevamente la especialidad de nefrología el médico Konney Alexi Rodríguez Valero evidenció la persistencia de anuria en contexto de paciente con choque séptico y POP de histerectomía. Que ante hallazgos persistentes ordenó continuar con terapia renal diaria hasta que resuelva anuria actual.
30/06/2015	Reporte de Paraclínicos <sup>110</sup> : Bilirrubina 3.82 Directa 1.95 Fosfatasa Alcalina 64.3 LDH 627 Proteína C 67 Transaminasas AST 299 ALT 630 Procalcitonina 5.14 Transferrina 166 WBC:1800 N:90.9 HB:8.3 PLAQUETAS:43.000 FIBRINOGENO: 234 INR:1.39 ALBUMINA: 2.68 CA: 8.9 Potasio 3.46 Magnesio 1.99 Fosforo 3.2 Creatinina: 2.7 BUN: 33.6 Glucosa: 152 MG/DL Trigliceridos 276 A las 21:26 horas <sup>111</sup> el nefrólogo Andrés Mantilla Reinaud entre los hallazgos evidenciados observó a la paciente en regular estado general con signos de respuesta inflamatoria sistémica dado por leucocitosis más reactantes de fase aguda en ascenso, como la persistencia anúrica, entre otros.
01/07/2015	Entre las valoraciones sobresale a las 14:01 horas por la especialidad de medicina interna <sup>112</sup> , José Alexander Sánchez Muñoz, quien evidenció nuevo hallazgo tomográfico consistente en síndrome de PRES por lo cual se consideró mantener tensiones arteriales media entre 90 – 110MMHG; asimismo, fue solicitado concepto de neurología. Paralelamente fue ordenado seguimiento para determinar requerimiento de nueva intervención quirúrgica, entre otras órdenes médicas.
02/07/2015	A las 0:06 horas <sup>113</sup> obra registro de paraclínicos: GLUCOMETRIAS: 238 - 219 - 243 - 253- 284 - 223mg/dl WBC:21.200 N:90. HB:8. PLAQUETAS:40.000 ALBUMINA 2.2 BUN 36 CREATININA 2.83 FOSFORO 3.5 GLUCO 196 CALCIO 8.5 POTASIO 4.28 MAGNESIO 1.99 SODIO 134 PTT27 INR 1.5. Igualmente, obra registro de resultado de ecografía que da cuenta de, <i>"cambios renales que podrían estar en relación con la presencia de nefropatía médica aguda. Correlacionar con clínica y laboratorio. Líquido libre en cavidad abdominal visible en algunas porciones especialmente a nivel peri hepático. Vesícula biliar semicontraída con engrosamiento de sus paredes"</i> . Sobre el particular el médico internista, Edison Yesidt Montegro Salcedo <sup>114</sup> , en análisis de evolución observó a la paciente hemo dinámicamente con persistencia de picos hipertensivos a pesar de manejo antihipertensivo instaurado con difícil manejo. Adicionalmente, entre los hallazgos observados sobresale la disfunción renal instaurada y bajo continuidad en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis en estado neurológico en vigilancia estrecha con evidencia escenográfica de síndrome de PRES encontrándose pendiente de concepto de neurología. A las 10:48 horas la especialidad de nefrología ordenó la realización de Doppler de arterias renales <sup>115</sup> .
02/07/2015	A las 12:15 horas siendo valorada por la especialidad de neurología, Rodrigo Pardo Turriago <sup>116</sup> , determinó como diagnósticos: 1. encefalopatía hipertensiva severa (PRES), 2. Alteración del estado de conciencia secundario a 1, y 3. Status no convulsivo a descartar. Asimismo, del análisis de evolución sobresale como

<sup>107</sup> Páginas 350 – 353 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>108</sup> Páginas 360 – 361 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>109</sup> Página 367 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>110</sup> Página 369 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>111</sup> Página 377 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>112</sup> Páginas 402 - 405 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>113</sup> Páginas 412 - 413 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>114</sup> Ver Página 413 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>115</sup> Ver Página 421 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>116</sup> Ver Página 421 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	<p>hallazgos los de compromiso del nivel de conciencia una vez retirada la sedación; asimismo, de la tomografía simple de cráneo observó evidencia edema vasogénico extenso compatible con encefalopatía hipertensiva, sin evidencia imagenológica al momento de compromiso isquémico, el manejo de patología neurológica es expectante con control estrecho de cifras tensionales (PAM 100-120), descenso paulatino del 20-30%.</p> <p>A las 2:28 horas la especialidad de medicina interna, Hernán Ballén Párraga<sup>117</sup>, documento lesión de tallo, sin respuesta neurológica, descenso de TA, "se estabiliza al suspender nitroprusiato, se mantiene soporte ventilatorio, familiares informados de evolución; pronóstico vital y funcional comprometidos".</p>
03/07/2015	<p>A las 0:56 horas nefrología<sup>118</sup> ordenó continuar instaurado hasta confirmar diagnóstico de muerte encefálica.</p> <p>A las 10:50 horas<sup>119</sup> por valoración conjunta de medicina interna y neurología determinaron clínica de muerte encefálica; asimismo dieron inicio de test de apnea para confirmar diagnóstico.</p> <p>A las 17:20 horas el médico internista<sup>120</sup> José Alexander Sánchez Muñoz informó a los familiares sobre condición actual de la paciente, condición de muerte cerebral y de su irreversibilidad. A su vez, optó por diferir el test de apnea hasta presencia de familiares y su asistencia al centro. Igualmente, les indicó la necesidad de realizar necropsia para aclaración etiológica de la patología.</p> <p>A las 23:06 horas el médico de cuidados intensivos<sup>121</sup> Samuel Jesús Rodríguez Ureña activó protocolo de muerte encefálica con registro de paciente en pésimas condiciones generales y Glasgow 3.</p>
04/07/2015	<p>A las 17:44 horas la médica internista María Teresa Ospina Cabrera<sup>122</sup> realizó test de apnea el cual a los 2min 30 seg del inicio presentó respiración espontánea motivo por el cual fue considerado prueba negativa; y que se habló con familiares quienes "entienden situación" ordenándose continuar manejo instaurado. A su vez, obra nota médica de que en el momento no requiere diálisis.</p>
05/07/2015	<p>A las 21:50 horas la especialidad de gineco obstetricia, Oscar Eduardo Guerra Ardila<sup>123</sup>, reiteró posible muerte cerebral con ocasión de realización de test de apnea negativa. Del mismo modo obra nota médica sobre evaluar posibilidad de realización de electroencefalograma para diagnóstico de muerte encefálica, se planteó posibilidad de realización de gastrostomía y traqueostomía.</p>
06/07/2015	<p>A las 16:22 horas sobresale valoración del nefrólogo, Andrés Mantilla Reinaud<sup>124</sup>, quien consideró que la paciente contaba con "soporte con terapia de reemplazo renal según evolución y requerimiento de la misma, ya que ante inestabilidad hemodinámica el día de hoy no se considera prudente someterla a dicho stress, estaremos atentos a evolución".</p>
07/07/2015	<p>A las 11:43 horas por la especialidad de neurología, Patricia María Quintero<sup>125</sup> estableció "se reitera que paciente cumple criterios clínicos de muerte cerebral dada por ausencia de reflejos de tallo, por lo que se sugiere limitación de manejo terapéutico".</p> <p>A las 15:50 horas por la especialidad de nefrología, Konnei Alexi Rodríguez Valero<sup>126</sup> en su análisis de evolución enfatizó sobre la realización del Comité de Ética Médica para determinar sobre la continuidad; además sobresale nota médica de su opinión consistente en que "consideramos fútil la terapia dialítica en el contexto actual de la paciente".</p>
08/07/2015	<p>A las 11:45 Horas la paciente<sup>127</sup> presentó bradicardia extrema, asistolia, en donde realizaron maniobras de reanimación básica y avanzada, las cuales no fueron exitosas y declararon fallecimiento a las 11:55 horas, con registro de los siguientes diagnósticos: 1. POP Histerectomía subtotal y extracción de feto; 1.1. muerte fetal de 19S; 1.2. POP Extracción de compresas y revisión de cavidad 27/06/2015; 1.2. ¿Síndrome de Help??; 2. Síndrome sobrepuesto Lupus Eritematoso Sistémico Vasculitis Ancas Positiva Posible PAM; 2.1. Glomerulopatía</p>

<sup>117</sup> Página 447 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>118</sup> Página 458 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>119</sup> Página 460 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>120</sup> Página 469 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>121</sup> Página 479 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>122</sup> Página 506 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>123</sup> Página 536 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>124</sup> Página 559 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>125</sup> Página 583 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>126</sup> Página 594 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>127</sup> Folio 430 del Tomo III de las pruebas aportadas con la demanda y página 614 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

	Rápidamente Progresiva; 2.2. Lupus Eritematoso Sistémico SLEDAI 18; 2.3. Hemorragia alveolar, capilaritis pulmonar; 3. Falla renal aguda requerimiento de hemodiálisis inicio 24/06/2015; 4. Enfermedad Inflamatoria Intestinal Colitis Ulcerativa; 5. Disfunción Pulmonar Severa; 6. Enfermedad Diarreica Aguda; 7. Infarto Agudo Miocardio Tipo II; 8. Coagulación Intravascular Diseminada en Resolución; 9. Sospecha de muerte encefálica – test de apnea negativo 04-07-2015; y 10 lesión cerebral severa de carácter irreversible.
--	--

- Ficha de notificación de mortalidad materna contentivo de la causa de muerte consistente en lupus eritematoso sistémico con compromiso de órganos y sistemas<sup>128</sup>.
- De la historia clínica del Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. sobresale la Junta Médica realizada el 19 de junio de 2015 a las 12:53 horas en el cual se observa el análisis del antecedente clínico que resulta relevante transcribir<sup>129</sup>:

**Presentación y análisis del caso:**

*\*\*\* Junta Médica paciente Deiby Faidy Bejarano Martín \*\*\*\* se presenta resumen de historia clínica de paciente de 20 años, grávida 2, partos 0, abortos 1, quien es remitida de Medina, Cundinamarca por hematuria y 5 episodios eméticos. Como antecedente importante la paciente refiere que hace 3 meses había presentado episodio de hematuria macroscópica, en reinterrogatorio por nefrología se anota que hace 5 meses la paciente presentó un episodio de hematuria macroscópica con hipertrigliceridemia y edema de la cual no hay ninguna documentación aparte de lo referido por la paciente. Actualmente cursa con embarazo de 18 semanas 6 días por amenorrea no confiable (...)”<sup>130</sup>*

- Adicionalmente resulta relevante traer a colación el análisis de la Junta Médica de Nefrología realizada el 24 de junio de 2015 a las 15:26:40 en los siguientes términos<sup>131</sup>:

*"NOTA JUNTA NEFROLOGÍA Drs. Rodríguez-Mantilla-Silva Descripción del caso: Ingresó el 18/06/2015 remitida de Medina Cundinamarca por hematuria. **Los síntomas iniciaron 5 meses antes del embarazo con hematuria macroscópica intermitente y edema periférico.** Actualmente, tiene embarazo de 19 semanas a la fecha y cursa con enfermedad renal crónica de origen glomerular mixta (nefrítico y nefrótico) en quien se sospecha etiología autoinmune: LES vs vasculitis. Se inició empíricamente bolos de metilprednisolona y a pesar de esto, ha habido deterioro de la función renal.*

*Durante la hospitalización presentó además hemorragia gastrointestinal. **Se le realizó colonoscopia la cual evidenció colitis ulcerativa (pendiente reporte de biopsia) patología que puede estar asociada a las enfermedades autoinmunes con las que sospechamos cursa la paciente** En el momento se encuentra en unidad de cuidado intensivo y está siendo tratada por los servicios de ginecología - nefrología - medicina interna - cuidado crítico.*

*Se discute el caso de Deiby Faidy y el servicio de nefrología llega a las siguientes conclusiones:*

*1- Es una adulta joven con embarazo temprano de alto riesgo (pobre control prenatal) cursando con enfermedad glomerular mixta sobre la base de una enfermedad autoinmune. De acuerdo a los perfiles serológicos reportados en la fecha (ANA's 1:320, p-ANCAS 1:640, anti-Ro 131, C3 y C4 consumidos, pendiente reporte de mieloperoxidasa y antiproteinasa 3) surge como posibilidades diagnósticas 1. LES 2. Poliangeitis microscópica 3. Síndrome de sobreposición.*

*2- Para llegar a un diagnóstico se requiere idealmente de estudio histopatológico. Aunque el embarazo no es una contraindicación absoluta para la realización de biopsia renal, la condición médica de la paciente le confiere alto riesgo de complicaciones durante y posprocedimiento, por lo que riesgo/beneficio consideramos diferirlo. De igual forma, el tratamiento instaurado que recibe actualmente la paciente (metilprednisolona (sic) 1 g/día por 3 dosis) es el mismo para nefritis lúpica/vasculitis/síndrome de sobreposición, por lo que la realización de la biopsia renal no cambiaría la conducta y dadas las condiciones de la paciente aumentaría el riesgo de morbilidad materna. Además en el embarazo está contraindicado el uso de inmunosupresores (tipo ciclofosfamida y mofetil micofenolato) diferentes a azatriopina (que también ya recibe).*

*3- A pesar del tratamiento instaurado ya mencionado, la función renal se ha deteriorado llegando a cifras de Cr de 3.4 mg/dl y BUN 68 para una TFG de 18.3 ml/min/1.72m<sup>2</sup> por CKD-EPI. **Por tales motivos se decidió inicio de terapia de reemplazo renal,** teniendo en cuenta que en el embarazo está permitido un máximo de 50 mg/dL de BUN según lo revisado en la literatura médica actual.*

*4- De entrada **existe altísimo riesgo de morbimortalidad fetal** y esto se relaciona con el hecho de ser un embarazo lejos del término en una mujer con enfermedad renal crónica de etiología autoinmune, progresiva y requiriente de hemodiálisis. 5- Incluso si se llegase a interrumpir*

<sup>128</sup> Folio 124 del Cuaderno 1

<sup>129</sup> Página 24 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>130</sup> Página 24 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

<sup>131</sup> Página 136 del archivo denominado "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" ubicado en la carpeta titulada como "HISTORIA CLINICA SAMARITANA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

*el embarazo, la enfermedad renal ya está instaurada, luego desembarazarla no representa una cura específica para la enfermedad renal.*

*6- La interrupción del embarazo deberá considerarse en caso de cualquier condición que amenaza la vida de la paciente.*

*PLAN 1) Se solicita VDRL, AgSVHB, VHC, ELISA VIH2) Prescripción de hemodiálisis: - Duración de diálisis: 3 h- Filtro: 110- Flujo de bomba: 200 mlmin- Sin heparina- Ultrafiltración: 300 cc. (...)"*

- Informe del patólogo P.P. Osejo Diago contentivo de la autopsia realizada el 10 de julio de 2015 a las 9:00 horas en el cual sobresalen<sup>132</sup>, entre otros hallazgos, los relacionados con el aparato urinario correspondientes a los riñones, que hace referencia a un peso de 55 gramos cuya cápsula en dicho momento se desprendía con facilidad; adicionalmente, obra registro de que el parénquima muestra lesiones hemorrágicas difusas "picadura de pulga", al momento en que realizaron el corte se evidenció severa cogestión cortical con pelvis renal dilatada. Igualmente, obra nota de que los estudios histológicos mostraban glomérulo nefritis proliferativa extra capsular "rápidamente progresiva" con nefritis intersticial ligera y cilindros hemáticos en los túbulos. Del mismo modo, se indica que es "... el caso (de) una mujer de 20 años que se embarazo y desencadenó una vasculitis autoinmune el cual estuvo asociado a lupus erimatoso sistémico".
- Según el análisis de la Unidad de Análisis de Mortalidad Materna realizado el 30 de julio de 2015 COVE – SIGIVILA<sup>133</sup> en el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., se evidenció que la paciente fue remitida por la Institución de Medina por presentar hematuria desde hacía 3 meses con dolor a nivel hipogastrio y edema MIS anterior y al inicio del embarazo y cefalea con antecedente patológico de hidronefrosis renal. A su vez, se advierte que "(...) El Dr. Silva nefrólogo dice que la hematuria se debe analizar si es de origen renal, o si es hematuria baja de vejiga, **en control prenatal no se prestó suficiente atención a hematuria para remisión a alto nivel.** (...)"
- Posteriormente, en otro Comité COVE, fue realizado el análisis del caso de la paciente, el 21 de agosto de 2015 con la participación de EPS S CONVIDA, Secretarías de Salud de Medina y Cundinamarca, y de los Hospitales Departamental de Villavicencio E.S.E., Nuestra Señora del Pilar de Medina y Samaritana, se consignaron las siguientes consideraciones:

*"(...) ESE Hospital Nuestra Señora de Medina*

*En el comité se discutió ampliamente sobre la oportunidad de atención ante una hematuria continua y las atenciones recibidas sin tener en cuenta este síntoma. Además de las fallas en el control prenatal y seguimiento del mismo.*

...

*Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.*

*Para esta atención con ginecología y el único acercamiento que tuvo la paciente en su gestación a especialista en el Comité se habló que se quedaron cortos en las acciones ante la situación en salud que llevaba la paciente, devolviéndola a su casa si tomar en serio los signos y síntomas que ya aseguraban una falla renal.*

...

*Se establecen las siguientes demoras sobre las cuales se debe establecer el plan de mejoramiento par (sic) cada institución participante en el COVE.*

Nº	PRIMERA DEMORA "Reconocimiento del Problema"	CONVIDA	Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina	HUIS BOGOTA	MUNICIPIO DE MEDINA	VILLAVICENCIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL	OBSERVACIONES
4	Desconocimiento de los factores de riesgo durante la gestación, parto y posparto.		x				
5	El personal de salud no tiene caracterizada la gestante		x		x		

<sup>132</sup> Ver folio 727 del Tomo III de pruebas aportados con lo anexos de la demanda

<sup>133</sup> Ver folios 512 – 514 del Cuaderno 1

6	No se realizó seguimiento a la gestante de alto riesgo	x	x		x		
9	No se oferta la consulta preconcepcional		x				
14	Debilidad en el trabajo articulado, aseguradora, IPS y ESEs locales para la parte de apoyo social	x	x		x	x	El municipio de Medina debe entregar articulación.
15	No se detectó riesgo biosocial		x				
16	Debilidades en la promoción y adherencia al curso de preparación para la maternidad (sic) y paternidad		x				
<b>N°</b>	<b>TERCERA DEMORA</b>	<b>CONVIDA</b>	<b>Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina</b>	<b>HUIS BOGOTA</b>	<b>MUNICIPIO DE MEDINA</b>	<b>VILLAVICENCIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
3	Factores económicos dificultan el traslado	x					
4	Revisión del procedimiento de referencia y contrareferencia	x	x			x	
5	No realiza el procedimiento para IVE (interrupción voluntaria del embarazo)		x	x			
6	No se toma la decisión oportunamente de remitir a Urgencias o a especialista)		x				
13	Insuficiencia de la red de prestadores	x					Red con Villavicencio
15	Dificultad en el acceso al servicio de 2° y 3er niveles, dados por situaciones de contratación	x					
17	Inadecuado direccionamiento de la paciente al nivel de complejidad pertinente.					x	
<b>N°</b>	<b>CUARTA DEMORA</b>	<b>CONVIDA</b>	<b>Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina</b>	<b>HUIS BOGOTA</b>	<b>MUNICIPIO DE MEDINA</b>	<b>VILLAVICENCIO HOSPITAL DEPARTAMENTAL</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
2	Atención en niveles no acordes a la gravedad					x	
3	Falla en la toma, recepción y resultados de los laboratorios		x			x	
4	Falla en el diligenciamiento de la historia clínica		x			x	
8	Falta de conocimiento y/o adherencia de los protocolos de manejo o guías de atención		x	x		x	guías IVU, metas terapéuticas, Villavicencio Todas
13	No seguimiento a la gestante de alto riesgo		x			x	

134

- Declaración rendida de Diana Elicenia Criales Ramírez y de los testimonios técnicos Jenny Patricia Gómez Ramírez y María del Socorro Gallego Ordoñez, todos recibidos en audiencia de pruebas del 9 de septiembre de 2020<sup>135</sup>.
- Dictamen pericial rendido por el médico especialista en medicina familiar Alberto Lineros Montañez<sup>136</sup> con su respectiva aclaración y complementación<sup>137</sup>.
- Dictamen pericial rendido por el médico gineco obstetra Marcos Fidel Castillo Zamor<sup>138</sup>.

<sup>134</sup> Ver folios 34 y 39 a 41 del Cuaderno 1

<sup>135</sup> Documentos Digitales N° 77 – 78 del expediente digital

<sup>136</sup> Documento Digital N° 14 del Expediente Digital

<sup>137</sup> Documento Digital N° 72 del Expediente Digital

<sup>138</sup> Documento Digital N° 85 del Expediente Digital

- Contradicción de los dictámenes en audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020<sup>139</sup>.
- Contrato de Prestación de Servicios N° 120.11.01.020 del 1 de febrero de 2015 celebrado entre la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y la EPS S CONVIDA<sup>140</sup>.
- Contrato de Prestación de Servicios N° 120.11.01.134 del 27 de febrero de 2015 celebrado entre la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y la EPS S CONVIDA<sup>141</sup>.
- Referencia de Pacientes remitida por el EPS – S CONVIDA contentivo de la gestión del traslado de la paciente del Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.<sup>142</sup>.

## 2.6.2. Del daño en el caso concreto

Como se indicó ut supra, el daño se ha entendido como *"la lesión del derecho ajeno, consistente en el quebranto económico recibido, en la merma patrimonial sufrida por la víctima, a la vez que en el padecimiento moral que lo acongoja"*<sup>143</sup>. Así mismo, el Consejo de Estado ha referido que el daño es *"la afectación, vulneración o lesión a un interés legítimo y lícito"*<sup>144</sup>.

En el caso *sub judice*, el daño consiste en el fallecimiento de la señora Deiby Faidy Bejarano Martín, acaecido el 8 de julio de 2015, con ocasión de la atención médica brindada por la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. En tal virtud, se encuentra acreditado el carácter cierto y personal del daño.

Pero si bien se estableció lo anterior, la comprobación de la existencia de daño no genera *per se* la responsabilidad del Estado, pues, además, debe estar suficientemente acreditado el nexo de causalidad respecto de la acción u omisión de la entidad demandada y que el daño le sea jurídicamente imputable.

## 2.6.3. Atribución o imputación del daño

La imputación del daño se predica cuando se encuentra demostrado el nexo de causalidad entre el actuar de la entidad demandada, bien sea por acción u omisión, y el daño sufrido por la víctima. La imputación fáctica se construye desde la perspectiva de la identificación de la causa adecuada<sup>145</sup> del daño, teoría por medio de la cual se establece cuál fue la acción u omisión que concretó el daño por parte de la entidad demandada; o si, por el contrario, dicha concreción le es atribuible a la víctima, a un tercero o al azar. Por su parte, la imputación jurídica tiene relación con la identificación del régimen jurídico aplicable; esto es, si el daño se concretó por una falla del servicio.

Al respecto, es pertinente señalar que, de acuerdo con la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, el caso, dado que se trata de un asunto de responsabilidad médica, se analizará bajo el régimen de responsabilidad subjetiva.

En el sub lite, la parte accionante le atribuye la muerte de la señora Deiby Faidy Bejarano Martín a la parte accionada, por la falla del servicio médico fundado en los siguientes planteamientos: **i)** por error de diagnóstico por los médicos tratantes que asociaron la sintomatología a una infección vía urinaria cuando ya existían exámenes y recomendaciones previas que permitían sospechar compromiso renal; **ii)** por no realizar oportunamente la clasificación de los riesgos gineco obstétricos de la paciente ante la presencia de hematuria y proteinuria con sospecha de un compromiso renal; **iii)** por no haberla remitido a tiempo a un

<sup>139</sup> Documentos Digitales N° 87A, 87B y 87C del expediente digital

<sup>140</sup> Folios 183 – 198 del Cuaderno 1

<sup>141</sup> Folios 183 – 198 del Cuaderno 1

<sup>142</sup> Folio 658 del Cuaderno 1

<sup>143</sup> Derecho Civil obligaciones. Pág. 538

<sup>144</sup> Sentencia 14 de marzo de 2019 Exp 39325 Consejera Ponente María Adriana Marín.

<sup>145</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia de del 11 de septiembre de 1997; Sentencia Sección Tercera del 8 de marzo del 2007. Expediente 27434. CP. Mauricio Fajardo.

hospital de mayor complejidad para valoración por parte de los especialistas de medicina interna y de gineco obstetricia; **iv)** por inadecuado direccionamiento de la paciente por parte del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. al nivel de complejidad pertinente toda vez que la orientó para continuar su plan de manejo en un Hospital de Nivel I de Atención; y **v)** la pérdida de oportunidad de recibir un tratamiento médico. Igualmente, hizo imputación del daño antijurídico a la EPS S CONVIDA, principalmente, por demora en la ubicación de las IPS para realizar la valoración por las especialidades de medicina interna y gineco obstetricia.

En esa medida, para establecer si el daño alegado en la demanda le es atribuible a los Hospitales Nuestra Señora del Pilar de Medina y Departamental de Villavicencio E.S.E. y a la EPS-S CONVIDA, es pertinente analizar, a partir de las pruebas allegadas al proceso, la atención médica brindada a la paciente.

### **2.6.3.1. De la responsabilidad de los Hospitales Nuestra Señora del Pilar de Medina y Departamental de Villavicencio**

En lo que concierne a la atención médica de la paciente, según la historia clínica, se tiene que, en cuanto a las diferentes consultas externas como los ingresos por el servicio de urgencias en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, se observa que acudió a esa Institución en 23 oportunidades durante el periodo comprendido entre los meses de junio de 2013 hasta el mes junio de 2015, así: los días 7 y 26 de junio y 30 de julio de 2013; 8, 22 y 24 de septiembre, 15 de octubre, 2, 5, 11 y 15 de diciembre, todos del año 2014; 11 y 16 de marzo, 15, 16, 19, 21, 22 y 28 de abril; 5, 14, 17, 21 y 25 de mayo; 9, 11 y 17 de junio de 2015, todos por medicina general. Simultáneamente, por remisión del referido Hospital de Medina, también fue atendida los días 20 y 22 de mayo de 2015 en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. por la especialidad de ginecología.

Previamente, resulta necesario traer a colación los antecedentes clínicos, pues en consulta externa del 26 de junio de 2013, la paciente consultó por cuadro clínico de "lesiones pustulosas en muslos cuadro clínico de varios días"<sup>146</sup>, estableciéndose como diagnóstico absceso de tejidos blandos. Posteriormente, el 8 de septiembre de 2014, el mismo médico tratante estableció como diagnóstico infección de vías urinarias y artritis no específica. Como plan de manejo se ordenó la toma de exámenes de laboratorio de parcial de orina y ácido úrico<sup>147</sup>. De los resultados de uroanálisis efectuados al día siguiente, se observan los siguientes valores de referencia: aspecto ligeramente turbio, **PH 5.0**, BILIRRUBINA NEGATIVA, UROBILINÓGENO NORMAL, CETONAS NEGATIVO, ÁCIDO ASCÓRBICO NEGATIVO, GLUCOSA NEGATIVA, PROTEÍNAS NEGATIVO, SANGRE NEGATIVA, NITRITOS POSITIVOS, **BACTERIAS +++**, LEUCOCITOS 2-4, CÉLULAS EPITELIALES ESCASAS, CRISTALES OXALATO DE CALCIO ++. Posteriormente, el 15 de octubre de 2014 en consulta externa la médica general Mónica Liliana Parrado Delgado<sup>148</sup>, según los resultados de laboratorio, le diagnosticó infección vías urinarias. Como plan de manejo se ordenó "TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL (160 + 800) MG TABLETA". Igualmente, obra registro de nota médica que la paciente presentaba cuadro clínico de síntomas urinarios irritativos, desde hacía 2 meses.

El 2 de diciembre de 2014, la paciente acudió por el servicio de urgencias, donde al examen físico fue advertido rash cutáneo micropapular con estigmas de rascado en piel de extremidades superiores e inferiores, así como un cuadro de larga data de artralgias generalizadas. El 5 de diciembre de 2014, nuevamente, acudió a la Institución, oportunidad en la que la médica Jeny Katherine Gutiérrez Garzón le diagnosticó "M068 OTRAS ARTRITIS REUMATOIDEAS ESPECIFICADAS" y le ordenó exámenes de laboratorios que arrojaron los siguientes resultados: "BIOQUIMICA: colesterol total 138,3, glucosa 111,4, triglicéridos 335.2, bacterias ++, leucocitos 0-03 x campo, celulares epiteliales 20 - 25 x campo, test de aminas negativo, hongos y levaduras no se observaron, MICROBIOLOGIA: reacción leucocitaria disminuido, morfología bacilos gram positivos tipo lactobacillus sp. ++. UROANALISIS: Color Amarillo, Aspecto Límpido, Densidad 1,025, PH 5,0, Bilirrubina Negativo, Urobilinógeno Normal, Cetonas Negativo, Ácido Ascórbico negativo, glucosa normal proteínas 50, sangre negativa, nitritos negativos. EXAMEN MICROSCOPICO: ++, Bacterias 0 -2 x campo, leucocitos 0 - 3 x campo, moco +, **hematíes 5 8 x campo (100% fantasmas)**".

<sup>146</sup> Página 3 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>147</sup> Página 9 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>148</sup> Página 18 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

Al mes siguiente, la paciente acude otra vez al Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina por presentar amenorrea, ante lo cual le practican prueba de embarazo, resultando positiva. Al día siguiente, el 16 de abril de 2015, tuvo su primer control prenatal, registrando que tenía 9 semanas de embarazo, y fue catalogado como embarazo de alto riesgo por antecedente de aborto. A los 3 días le fueron practicados exámenes de laboratorio en los que se da cuenta de "Glucosa 103, HTC 32.5, HB 10.8, leucocitos 6250, neutrófilos 60%, hemoclasificación B Positivo serología no reactiva, FFV leucocitos 0-2XCAMPO, levaduras no se observan TSZT de aminas negativo, reacción leucocitaria disminuido. Lactobacillus ++++. UROANALISIS: **proteínas negativo, sangre 300, bacterias +, leucocitos negativos, hematias: 80% frescos, 20% fantasmas.**"

En virtud de lo anterior, la paciente fue valorada en consulta externa del 21 de abril de 2015 por el médico Juan Sebastián Alfonso Pabón, quien analizó el paraclínico advirtiendo en el hemograma anemia leve, con embarazo confirmado y con nota médica de "*detección de alteraciones del embarazo*". Así, entonces, decidió repetir uroanálisis y urocultivo, confirmando **Hematías más de 100 x campo (90% crenados).**

Luego, el 28 de abril de 2015, en consulta externa, el médico Luis Jesús Rodríguez Vásquez, con ocasión de la interpretación de los resultados, diagnosticó "*INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO*". Adicionalmente, registró "*paciente con embarazo de 9 semanas quien asiste a reporte de resultados con uroanálisis sugestivo a infección de vías urinarias por lo cual se da manejo antibiótico con cefalexina 500 mg cada 6 horas con nuevo uroanálisis de control*". Posteriormente, el 5 de mayo en su segundo control prenatal fue remitida a la especialidad de ginecología por considerar embarazo de alto riesgo. Luego, el 14 de mayo de 2015, fue valorada por la médica Mónica Liliana Parrado Delgado.

Días después, el 17 de mayo de 2015, la gestante ingresó por urgencias por dolor en la espalda, en donde la misma médica Mónica Liliana Parrado Delgado registró "*Z340 SUPERVISION DE PRIMER EMBARAZO NORMAL*", señalando que en ese momento el embarazo era de bajo riesgo obstétrico. No obstante, a los 4 días siguientes en consulta externa, la médica Jenny Patricia Gómez Ramírez, apoyada en los resultados de uroanálisis estableció como diagnóstico **hematias frescos 90% 5% crenados 5% fantasmas con hematuria y proteinuria** aislada de 100; asimismo, registró **insuficiencia renal aún sin edad gestacional para sospecha de preeclampsia**. Como plan de manejo solicitó proteinuria 24 horas, ecografía renal y de vías urinarias; asimismo, ordenó creatinina de control y nueva valoración con resultados con el fin de descartar enfermedad renal, ordenándose egreso con seguimiento de control prenatal. Igualmente, redireccionó a servicio de urgencias, con orden de remisión a ginecología para valoración y manejo.

Sobre el particular, la médica Jenny Patricia Gómez Ramírez, en audiencia de pruebas celebrada el 9 de septiembre de 2020<sup>149</sup>, manifestó que trabajó en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina como médica rural por el lapso de 1 año en controles prenatales, e indicó que de lo que recuerda de la atención prenatal y de lo revisado en la historia encontró un antecedente de infección urinaria que había sido tratada por sus compañeros anteriores. Puntualmente, en lo que atañe a los análisis de los paraclínicos, advirtió **proteinuria aislada y hematuria** y por ello ordenó la remisión al gineco obstetra. Por lo que, en su sentir, sí garantizó la remisión a la especialidad pero que no hubo respuesta por parte de esta especialidad. Puso de presente a la audiencia que ella dio orden de exámenes de laboratorios de proteinuria aislada como también una ecografía renal, los cuales no fueron realizados por la paciente porque según información de la usuaria no fueron autorizados por la EPS – S CONVIDA.

Enseguida, en el servicio de urgencias a las 12:33 horas de ese 17 de mayo fue atendida por el médico Juan Sebastián Alfonso Pabón, quien advirtió edema en pies desde primera valoración por sospecha de edemas antenatales; asimismo, dejó constancia de análisis de paraclínicos ya valorados con proteinuria significativa y hematuria que, en su sentir, se encontraba en manejo por ginecología y obstetricia el día anterior, por lo que ordenó egreso ambulatorio. Sin embargo, advierte el Despacho que para esa fecha la paciente todavía no había sido tratada por ninguna especialidad. Además, el referido médico como nota médica registró "*paciente con mala adherencia tratamiento en quien se ha indicado en múltiples ocasiones*

<sup>149</sup> Entre minutos 1:05:46 a 1:43:00 de la audiencia del 9 de septiembre de 2020 obrante en el documento digital N° 78 del expediente digital

toma de paraclínicos adicionales, quien ya tiene órdenes pendiente toma". Empero, se observa que tal aserto no resulta cierto comoquiera que para esa fecha a la paciente ya le habían realizado paraclínicos de uroanálisis en 4 oportunidades, y se le había diagnosticado la hematuria y proteinuria y confirmado el embarazo.

Ahora, en cumplimiento de la remisión a institución de mayor nivel de atención, se encuentran dos atenciones médicas brindadas en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E: una, el 20 de mayo de 2015<sup>150</sup>, cuando la paciente fue inicialmente valorada en consulta externa por el médico Ricardo Agudelo Guzmán, de la especialidad "actividad físico terapéutica" (sic) en la que tras interpretar los paraclínicos determinó "EMBARAZO CONFIRMADO"; y, como plan de manejo, ordenó ecografía obstétrica, laboratorio clínico; igualmente, ordenó reportes al Puesto de Salud IPS Medina, por lo cual se le dio salida a la paciente. La otra atención fue el 22 de mayo de 2015<sup>151</sup>, (dos días después), oportunidad en la que la paciente ingresó por el servicio de urgencias, siendo atendida por la ginecóloga María del Socorro Gallego Ordoñez, donde se registró que la paciente refirió cefalea, vómito y orinas hemáticas desde hace 2 meses, disuria de dolor. Además, evidenció que desde el 21 de abril la paciente venía presentando hematuria con 90% hematíes frescos. Asimismo, registró el embarazo confirmado, y en la interpretación de los resultados de paraclínicos anotó, entre otros, hallazgos de hematuria, Bacterias 3 + proteinuria en 100 mg. Como plan de manejo dio órdenes de ecografía renal y le prescribió nitrofurantoina 1 tableta cada 6 horas y sulfato ferroso.

Respecto de dicha atención, la referida ginecóloga Gallego Ordoñez, en audiencia del 9 de septiembre de 2022<sup>152</sup>, refirió que ella atendió a la paciente en consulta por el servicio de urgencias, diagnosticándole "DX IVU BAJA. HEMATURIA A ESTUDIO. UROLITIASIS", pero hizo la salvedad que "dentro del marco de la consulta por Urgencias lo que hacemos básicamente es realizar unos exámenes básicos, digamos, que son cuadro hemático, un parcial de orina, se le solicitó un urocultivo. Los exámenes de orina fueron tomados con sonda, se dio esa especificación, y se volvía ver a la paciente con los resultados de los exámenes. Yo la vi a las 18:00 horas esta es la primera vez que se vio, y luego se vio a las 21:00 horas, ósea las 9 de la noche más o menos, con los resultados que habían salido hasta ese momento que era el cuadro hemático y el parcial de orina"<sup>153</sup>. Indicó que la condición de la paciente no era crítica al punto que pudiera afectar el embarazo; y enfatizó que los resultados del urocultivo se tardan más de 3 días y que estaba pendiente la ecografía renal para que la paciente luego acudiera por consulta externa, porque "en ese momento se encontraba en el ámbito de urgencias, donde es necesario hacer una filtración de las cosas, que son mucho más urgentes, digamos, lo que no es tanto (urgente) se manda por consulta externa. No es que la paciente no se haya, digamos no se le haya querido seguir brindando atención, sino que la atención tenía que hacerse en otro ámbito que era el de consulta externa".

A los tres días de haber consultado en el servicio del Hospital Departamental de Villavicencio, E.S.E. nuevamente, el 25 de mayo de 2015, consultó en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, oportunidad en la que la médica Jenny Patricia Gómez Ramírez reiteró la gravedad del diagnóstico de insuficiencia renal tras evidenciar que la paciente tenía creatinina con una tasa de filtración glomerular de 45 ml/min y con proteinuria aislada hematuria. A su vez, dejó como nota médica que fue valorada por ginecología y que ella consideró que se trataba de una infección de vías urinarias. No obstante, se advierte que ella solicitó valoración y manejo por medicina interna urgente y nuevamente por ginecología.

En este sentido, el 11 de junio de 2015, nuevamente, la misma médica, en el tercer control prenatal reiteró los diagnósticos de embarazo de alto riesgo, **insuficiencia renal no especificada** y anemia de tipo no especificado, edad gestacional de 16.5 semanas con **hematuria** diuresis y deposiciones positivas. También dejó consignada como nota médica que en el momento se había enviado a la paciente en dos ocasiones para valoración y manejo por medicina interna y gineco obstetricia, sin valoración alguna ni ubicación por parte de su EPS.

<sup>150</sup> Páginas 1-2 del archivo denominado "HC Deiby Faidy Bejarano Martin" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>151</sup> Página 3 del archivo denominado "HC Deiby Faidy Bejarano Martin" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

<sup>152</sup> Minutos 1:57:04 a 2:18:04 de la audiencia de pruebas del 9 de septiembre de 2020 obrante en el Documento Digital N° 78 del expediente digital

<sup>153</sup> Minutos 1:58:11 a 2:18:04 de la audiencia de pruebas del 9 de septiembre de 2020 obrante en el Documento Digital N° 78 del expediente digital

La referida médica Gómez Ramírez, en audiencia del 9 de septiembre de 2020<sup>154</sup>, hizo hincapié sobre la necesidad de atención médica de mayor complejidad que requería la paciente porque *“presentaba un embarazo de alto riesgo obstétrico, y cuando un paciente presenta un riesgo alto obstétrico en una materna se debe garantizar que sea valorada por el ginecólogo por el riesgo que representa”*. En esa medida, expuso que no solamente se ordenó la remisión a la especialidad de gineco obstetricia, sino también al médico internista cuya especialidad es la que valora las enfermedades prevalentes en los adultos. Adicionalmente, manifestó que los hallazgos de hematuria y proteinuria conllevan a varios diagnósticos diferenciales y que, por ser un Hospital de Nivel I de Atención, difícilmente se realiza un diagnóstico efectivo, dado que se requiere de unos estudios complementarios, por cuanto podría ser una infección urinaria, un trauma, un tumor, sospecha de falla renal o litiasis renal.

Pese a lo anterior, el 16 de junio de 2015, la paciente nuevamente acude al servicio de urgencias consultando por cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en náuseas, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido alimentario con pintas de sangre, hematuria y edema bilateral. En tal oportunidad, la médica Mónica Liliana Parrado registró que *“SE TRATA DE UNA PACIENTE CON EMBARAZO DE 16.5 SEMANAS POR PRIMERA ECOGRAFIA CON FUR NO CONFIABLE **CON MAL CONTROL PRENATAL**”*, siendo remitida inmediatamente a un hospital de mayor complejidad.

En cumplimiento de la orden de remisión, el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. recibió a la paciente el 18 de junio de 2015 a las 2:36 horas, donde fue valorada por el servicio de ginecoobstetricia y se ordenó su ingreso a la Unidad de Cuidado Crítico. Inmediatamente también fue valorada por nefrología donde se estableció una posible enfermedad renal, para lo cual se indicó que lo ideal era hacerle una biopsia renal, pero dada la condición de gestación de la paciente, el procedimiento resultaba improcedente, por lo que se señaló que ginecoobstetricia debía considerar la viabilidad del embarazo dado el alto riesgo de complicaciones durante la gestación. Luego, de los exámenes de laboratorio, el servicio de nefrología indicó que los resultados indicaban que tenía alta asociación con **enfermedad autoinmune**, lo cual fue confirmado el 26 de junio, donde se le diagnosticó **lupus eritematoso sistémico**<sup>155</sup>, por lo cual fue trasladada a UCI por diagnóstico de insuficiencia renal con embarazo de 18 semanas bajo vigilancia mecánica ventilatoria. En esa oportunidad el servicio de ginecología comenta paciente con la unidad, *“quienes refieren llegar a una decisión y es por el momento no terminar el embarazo, ya hablaron con la paciente a quien le explican que continuar el embarazo es riesgoso, el tener que usar ciertos medicamentos lo puede ser para ella como tanto al feto, además de esto puede causar a abortos y otras complicaciones, refiere aceptar dicha decisión y continuar por el momento el embarazo”*.

Para el manejo de la enfermedad autoinmune, se hicieron varias interconsultas y juntas médicas. Justamente, en una de esas oportunidades el gineco obstetra Edwin Alfonso Cruz Cruz<sup>156</sup> indicó que *“la enfermedad inmune y el embarazo, así se decida terminar la gestación o no, el curso de la misma no va a cambiar. No hay razón desde el punto de vista médico para pensar que terminando el embarazo la enfermedad va a mejorar. La biopsia renal en el momento de esta gestación es una indicación clara y precisa ya que la paciente se encuentra en la edad gestacional ideal para realizarla, a no ser que presente trastornos del sistema de la coagulación”*. En cuanto a las *“consideraciones éticas, a la paciente se le explicó de forma clara, en su idioma y sin tratar de influenciar ningún tipo de decisión su enfermedad, los riesgos de la misma y de los tratamientos propuestos, respecto de lo cual la paciente indicó que su intención era continuar con el embarazo”*.

<sup>154</sup> Minutos 1:16:26 a 1:43:00 de la audiencia de pruebas del 9 de septiembre de 2020 obrante en el Documento Digital N° 78 del expediente digital

<sup>155</sup> El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología autoinmunitaria que predomina en mujeres jóvenes. Las manifestaciones más frecuentes pueden incluir artralgias y artritis, síndrome de Raynaud, exantema malar y en otras regiones, pleuritis o pericarditis, afección renal o del sistema nervioso central y citopenias hematológicas. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y serológicos. El tratamiento de la enfermedad activa grave se realiza con corticosteroides y inmunosupresores. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoosquel%C3%A9tico-y-conectivo/enfermedades-reum%C3%A1ticas-autoinmunitarias/lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico-les>. / 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. [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm#:~:text=El%20lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20\(LES,el%20cerebro%20y%20otros%20%C3%B3rganos](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm#:~:text=El%20lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20(LES,el%20cerebro%20y%20otros%20%C3%B3rganos).

<sup>156</sup> Ver página 111 del archivo denominado “HISTORIA CLINICA SAMARITANA” ubicado en la carpeta titulada como “HISTORIA CLINICA SAMARITANA” contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno

No obstante, después de varias complicaciones a la paciente tuvo que realizársele la interrupción del embarazo, pese a lo cual, finalmente, murió. Y entre las causas de la muerte, según el informe de necropsia indicó que los estudios histológicos mostraban glomérulo nefritis proliferativa extra capsular "*rápidamente progresiva*" con nefritis intersticial ligera y cilindros hemáticos en los túbulos, que desencadenó una vasculitis autoinmune el cual estuvo asociado a lupus erimatoso sistémico.

Por otra parte, el dictamen pericial rendido por el médico especialista en medicina familiar Alberto Lineros Montañez<sup>157</sup>, en la contradicción surtida en audiencia de pruebas del 29 de octubre de 2020<sup>158</sup> hizo énfasis en los signos y síntomas inicialmente presentados por la paciente antes de su estado embarazo. Particularmente, destacó que no es normal que una paciente de 20 años presentara a esa edad "*artritis*", seguido de alteración de triglicéridos, hematuria y proteinuria, por lo que concluyó que tales síntomas no fueron evaluados en forma integral, sino, en forma independiente y aislada, por lo que tal hecho retardó su diagnóstico y, por ende, el inicio del manejo requerido.

Tal perito destacó que ya para el mes de marzo de 2015 existía un hallazgo de hematuria por lo que no es normal "*que una persona tenga sangrado en la orina y menos asociado a proteínas también con pérdida en la orina*". Luego, después del 16 de abril de 2015 en el primer control prenatal se estableció embarazo de alto riesgo por un antecedente de aborto previo y que, posteriormente, con ocasión de la práctica de los resultados de los paraclínicos persistía la hematuria, lo que exigía estudiar su evolución sobre si este sangrado en la orina provenía de una lesión estructural del riñón propiamente dicho o de las vías urinarias. Ello, por cuanto, un signo orientador era la forma de los glóbulos rojos encontrados en la orina, así que por estos hallazgos se podría establecer que el origen de ese sangrado se debía a una lesión renal por la presencia de alteración, lo cual sólo se hizo en su ingreso al Hospital de la Samaritana E.S.E.

Insistió el perito en que la paciente, para el 21 de abril de 2015, además, de una hematuria, tenía un agravante consistente en una anemia, causada por la pérdida de sangre en la orina; y fue ahí donde se empezó a estudiar el origen a través de un urocultivo y parcial de orina. Efectivamente, el 22 de abril, nuevamente, se presentó proteinuria. Esta circunstancia era un hallazgo importantísimo porque es "*perdida de proteínas y pérdida de sangre*" (sangre encontrada en la orina), con un volumen del 90% de glóbulos rojos. Que los eritrocitos crenados significaban que el sangrado de la orina podía tener origen en el riñón. Luego, al persistir la hematuria y la proteinuria, el 25 de mayo del mismo año fue remitida a valoración por la especialidad de gineco obstetricia.

Expuso, que la paciente en su evolución posterior comenzó a presentar otra serie de manifestaciones como edema de miembros inferiores y anemia, con persistencia de alteración renal lo que hizo que nuevamente se remitiera a valoración por especialistas en Medicina Interna y Ginecología, lo cual finalmente se logró luego de acudir nuevamente por urgencias al Hospital de Medina por presencia de episodios, siendo remitida al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E.

Como resultado del análisis de las 3 historias clínicas, el perito Alberto Lineros Montañez explicó que estos hallazgos implicaban realizar un estudio más integral debido que no solamente puede analizarse desde la perspectiva de una infección urinaria, sino también para descartar la sospecha enfermedades raras como el lupus. Mas aun cuando se empezó a observar una elevación alta de la creatinina, lo cual era un signo que implicaba un daño renal importante en la paciente, pues "*una creatinina de 2 donde normalmente máximo uno puede esperar creatininas de 1 o 1.2, pero es muy excepcional, y más en embarazo que la creatinina tiende a ser más baja*". En esas condiciones, podía tratarse de signos de un daño renal y más asociado a una hematuria y proteinuria por lo que "*hay que correr mucho porque si es un daño agudo la progresión puede ser tan grave que la creatinina puede cambiar en 48 horas y aquí no se puede esperar mucho tiempo para iniciar los estudios, tanto que uno de los médicos decide mandar a valoración por ginecología y medicina interna y lo anota urgente*".

<sup>157</sup> Documento Digital N° 14 del Expediente Digital

<sup>158</sup> Audiencia de pruebas del 9 de septiembre de 2020 obrante en los Documentos Digitales N° 87A, 87B y 87C del expediente digital

Dentro de la evolución clínica de la Paciente Deiby Faidy Bejarano Martín afirmó que hubo demora en la realización de esta valoración estando ya en estado de embarazo, teniendo en cuenta que estas enfermedades tipo lupus tienen un comportamiento durante los embarazos de peor pronóstico y evolución muy rápida hacia complicaciones. Que en las historias clínicas no obra valoración de medicina interna sino hasta cuando llegó la paciente al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., cuando ya el daño renal estaba instaurado. Indicó asimismo que, revisada la literatura médica relacionada con el caso analizado, es posible iniciar manejo, incluso antes de presentarse el embarazo, en el cual se pueden evitar complicaciones y evolución rápida del deterioro renal, como el que se presentó a la paciente.

Indicó que, la atención médica recibida por la paciente Deiby Faidy Bejarano Martín en el Hospital de Medina y el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. no fue la adecuada, ya que, por los retrasos presentados en las atenciones y la ausencia de una valoración integral, se restó la oportunidad de recibir el tratamiento indicado por la ciencia médica. Y que el manejo realizado en el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. estuvo direccionado en forma clara y adecuada para aclarar el origen del daño renal de la paciente, presentando una evolución rápida hacia su deterioro a pesar de iniciar el tratamiento de acuerdo con las sospechas diagnósticas planteadas. Finalmente, manifestó compartir las conclusiones del COVE, pero, difiere en que en estos casos la muerte si se puede evitar y es intervenible.

Para la contradicción del dictamen de la parte demandante, se allegó otro dictamen por Convida EPS-S, rendido por el médico gineco obstetra Marcos Fidel Castillo Zamor<sup>159</sup> en el que indicó que arribó a otro tipo de conclusiones, entre ellas, que i) no hay suficientes datos clínicos para asegurar que la paciente en mención había presentado un cuadro clínico característico de una enfermedad como el lupus eritematoso sistémico; ii) que la paciente en mención inicia sus controles prenatales el día 16 de abril del 2015 sin evidencia en la historia clínica de un control preconcepcional para determinar el estado de salud de la paciente antes de la concepción, lo que habría ayudado a determinar si existía algún factor de riesgo que pudiese complicar el embarazo, siendo esta una de las principales recomendaciones para disminuir las complicaciones materno-fetales; iii) que el 21 de abril del 2015 se reporta un uroanálisis en donde como hallazgo se evidencia hematuria sin alteración de otros parámetros; el 17 de mayo del 2015, con menos de un mes de diferencia, se realiza un nuevo uroanálisis en donde ya se evidencia proteinuria significativa y patológica, con un rápido deterioro de la función renal desde el primer trimestre del embarazo, lo que desde el inicio se convierte en un factor de riesgo para complicaciones materno-fetales; iv) que el 22 de mayo de 2015 se evidencian niveles de creatinina en sangre anormales, pero aun sin rangos de un valor previo con el que comparar, por lo que no se podía diferenciar entre un proceso agudo y un proceso crónico; v) que el COVE de una muerte materna indirecta no evitable pero intervenible; vi) que según la literatura internacional si el tratamiento se inicia después 3 meses del debut clínico el pronóstico de la paciente tiende ser desfavorable y aumenta la tasa de complicaciones; además se debe tener en cuenta que hay otros factores de riesgo independientes y que afectan gravemente la historia natural y el desenlace de la enfermedad tanto en la madre como en el feto y que aumentan significativamente las complicaciones; y vii) que la interrupción voluntaria y legal del embarazo modifica el desenlace de la enfermedad, siempre y cuando no se haya instaurado daño de órgano blanco, es decir, en el caso que nos atañe, no habría cambiado la condición clínica de la paciente, ni habría evitado las complicaciones, ni la muerte, ya que la paciente desde que inició el control prenatal tenía compromiso renal y hemático que fueron rápidamente progresivos y deteriorando su estado de salud.

Entonces, contrastando las conclusiones de las dos pericias allegadas, se infiere que ambas tienen puntos en común que resultan relevantes para las resultas de este proceso. De un lado, concluyen que efectivamente la presencia de hematuria, proteinuria y hematíes de manera consistente y recurrente en la orina de la paciente era indicativo de que algo importante y grave podía estar ocurriendo. Al principio se observó que era infección de vías urinarias, pero luego se pensó que podía ser un problema renal. Igualmente, que el manejo de tal problema debía ser iniciado antes del embarazo, porque luego con ocasión de este, dada la presencia de otras preexistencias, como triglicéridos y colesterol, coadyuvaban a desencadenar otras patologías, lo que conllevaba mayores factores de riesgo para la salud de la paciente. De otro lado, hay coincidencia en que la presencia de lupus eritematoso era

<sup>159</sup> Documento Digital N° 85 del Expediente Digital

una enfermedad autoinmune de difícil diagnóstico y que era intervenible pero no evitable. En esa medida, la interrupción del embarazo, ante la complicación que presentó la paciente debido al lupus, modificó el desenlace de la enfermedad, pero no cambió la condición clínica de la paciente ni habría evitado la muerte.

Empero, no hay acuerdo respecto de los síntomas urinarios que presentó la paciente. Mientras el peritaje de la contradicción del dictamen principal indica que los síntomas encontrados, por ausencia de rangos de un valor previo de comparación, no era posible deducir si se trataba de un proceso agudo o de un proceso crónico, el perito Alberto Lineros Montañez indicó que efectivamente dada la persistencia de tales síntomas ameritaba que la paciente fuera remitida a una institución de mayor nivel para poder corroborar o descartar el problema renal que se sospechaba. De manera que, ante la no remisión oportuna, se perdió tiempo valioso para diagnosticar la enfermedad real, que a la postre se descubrió que se trataba del lupus eritematoso. En esas condiciones, tiene mayor peso científico el dictamen de la parte demandante, pues, ante el hecho de la recurrente complicación de las vías urinarias de la paciente, pese a las prescripciones médicas ordenadas para su tratamiento, era necesaria su remisión oportuna para que en una institución de mayor nivel de complejidad se le pudiera brindar la atención médica que requería. Y esta conclusión es tan contundente que, no solo es corroborada por el COVE, sino que justamente en la atención brindada en el Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., por la remisión que se le hiciera, fue donde se descubrió el real problema que consistía en la enfermedad autoinmune del lupus eritematoso. Esto también confirma que si en el Hospital de Villavivencio, en las dos oportunidades que tuvo para tratar a la paciente, se hubieran tomado en serio los síntomas que presentaba, probablemente se habría detectado más tempranamente la enfermedad autoinmune, lo que habría posibilitado brindarle la atención médica necesaria para el manejo de tal enfermedad.

Ante este panorama, resulta pertinente hacer alusión a lo que establecen las Guías de Práctica Clínica previstas por el Ministerio de Salud del año 2013, (vigentes para el año 2015), para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Allí se indica que la hematuria es un síntoma de alarma de patologías médicas que pueden complicar el embarazo porque *"se asocian a infección de vías urinarias, la cual puede desencadenar parto pretérmino y ruptura prematura de membranas por lo cual debe consultar al servicio de salud"*<sup>160</sup>. Entre los factores de riesgo, está la función renal anormal.

Dicho Ministerio, mediante Resolución N° 412 del 25 de febrero de 2000<sup>161</sup> adoptó el anexo técnico 1-2000 que contiene la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo; allí se observan como parámetros relevantes para el presente caso los siguientes:

**"(...) 5.2. CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MÉDICA GENERAL (89.0.2.01)**

*En la primera consulta prenatal busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles.*

**5.2.1 Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo:**

• *Anamnesis:*

- **Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros). Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.**

- **Antecedentes obstétricos:** *Gestaciones: Total de embarazos, intervalos intergenésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupcio, ruptura prematura de membranas, polidramnios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.*

**5.2.2 Examen físico**

<sup>160</sup> Página 36 de la Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del año 2013, Guías N° 11 - 15

<sup>161</sup> Actualmente derogada por la Resolución 3280 de 2018. Según Concepto sobre vigencia Resolución 412 de 2000 y 3280 de 2018, que dice "En efecto, esta Dirección Jurídica concuerda con lo expuesto en el anterior concepto técnico, la Resolución 412 de 2000, estuvo vigente hasta el 2 de febrero de 2018."

Consulta efectuada en la dirección chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911400229431%20de%202019.pdf

- Realizar examen físico completo **por sistemas**: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal

### 5.2.3 Solicitud de exámenes paraclínicos

- Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma: hemoglobina, hematocrito, **recuento de eritrocitos, índice eritrocitario**, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios 90.2.2.07).
- Hemoclasificación (90.2.2.11)
- Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR)
- **Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria 90.7.1.05)**
- Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina 90.3.8.41) para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras 90.3.5.48).
- Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal 88.1.4.31)
- Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología 89.02.08) y prueba Elisa para VIH (VIH 1 y 2 anticuerpos 90.6.1.66) y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie 90.6.1.35)
- Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro ( Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra 90.1.1.04)
- Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino (Citología cervicouterina 89.9.2.00)

### 5.2.8 Diligenciar y entregar el carné materno y educar sobre la importancia de su uso.

El equipo de salud, deberá intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados. **En caso de** encontrar riesgos que implique manejo en otro nivel de complejidad, en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud.

5.3.1 Control prenatal por médico (Consulta de Control o Seguimiento de Programa por Medicina General 89.0.3.01)

El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

La consulta de seguimiento y control prenatal por médico incluye:

- Anamnesis. Indagar sobre el cumplimiento de las recomendaciones y la aplicación de los tratamientos prescritos.
- Examen físico completo
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido.

Si el parcial de orina es normal repetirlo cada trimestre, pero si es patológico solicitar los urocultivos y antibiogramas necesarios.

- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, **cambios en la orina.**<sup>162</sup>

En lo referente a la atención que se puede brindar a un paciente en un primer nivel de atención, la Resolución 5261 de 1994, establece el personal con que cuenta una IPS de un primer nivel de atención:

**ARTICULO 20. RESPONSABILIDADES POR NIVELES DE COMPLEJIDAD.** Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

**NIVEL I:** Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

**NIVEL II:** Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.

**NIVEL III y IV:** Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico

Según lo anterior, para la época en que fue realizado el primer control prenatal el 16 de abril de 2015 la médica Jenny Katherine Gutiérrez Garzón estableció un embarazo de 9 semanas por FUR considerándolo de alto riesgo por antecedente de aborto. Sin embargo, tal como lo exige la precitada guía médica, no se observa registro si indagó sobre los antecedentes

<sup>162</sup> Consulta efectuada en la dirección, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf

patológicos que tenía la paciente. Adicionalmente, tampoco obra registro del examen físico por sistemas. En esa medida, se advierte un control prenatal pobre debido a que no se cumplió con rigurosidad los parámetros descritos en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del año 2013.

Del mismo modo, no le podían ser ajenos al Hospital de Medina los resultados de paraclínicos que unas semanas antes habían sido practicados en la misma Institución el 15 de marzo de 2015. Efectivamente, el reporte de Laboratorios<sup>163</sup> de esa fecha da cuenta de bacterias ++, uroanálisis Color Amarillo, PH 5,0, examen microscópico: ++, Bacterias 0 -2 x campo, hematíes 5 8 x campo (100% fantasmas). En esos términos, era evidente los cambios de la orina que, si bien no eran indicativo para sospechar de entrada una falla renal ni para determinar un lupus erimatoso, ello no era óbice para desconocer el parámetro fijado en la Guía Práctica Clínica, que indica el de analizar los resultados de exámenes paraclínicos y verificar los hallazgos de laboratorio y que, en caso de anormalidades, realizar exámenes adicionales o formular el tratamiento requerido. Aunado a ello, era pertinente tener en cuenta el embarazo de alto riesgo de la paciente por tener un antecedente de aborto, lo que ameritaba remitirla con prontitud a un nivel de atención de mayor complejidad, tal como lo determina la Guía médica.

De todo lo anterior, llama profundamente la atención que la paciente insistentemente acudió (23 veces) a la E.S.E. Hospital Nuestra de Nuestra Señora del Pilar para que le trataran el problema de las vías urinarias que le aquejaba. Obsérvese que, según la historia clínica, desde el 4 de septiembre de 2014, aparece que consultó por dolor al orinar y dolor en las articulaciones, y se estableció que tenía infección en vías urinarias y artritis; luego el 22 de septiembre y el 15 de octubre de 2014, según uroanálisis se confirma la infección en las vías urinarias; a tal diagnóstico se le añade el de colesterol y triglicéridos, según consulta del 5 de diciembre de 2014 y 11 de marzo de 2015. Luego, el 16 de marzo de 2015, le descubren hematíes (sangre) en la orina; y el 21 de mayo de 2015, descubren otros añadidos, esto es la hematuria y proteinuria, oportunidad en la que se sospecha insuficiencia renal, ante lo cual se da orden de remisión a ginecólogo y el 25 de mayo de dicho año se confirma insuficiencia renal. Siendo recurrentemente el motivo de la consulta el problema urinario, y que con el manejo que se le había dado en el primer nivel de atención en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, agravado al hecho del embarazo, era apenas lógico pensar que debía ser remitida la paciente con mayor prontitud a un hospital de mayor nivel de atención, lo cual solo ocurrió hasta el 20 de mayo de 2015.

En tales condiciones, se evidencia que hubo una tardanza injustificada por dicho Hospital para remitirla; y ello tiene sustento en que, como lo señaló tanto el perito de la parte demandante como el COVE, desde un inicio no se tomó en serio el hecho de la infección urinaria, pese a que no cedía con el manejo que se le estaba dando, máxime los diferentes síntomas que, a través del uroanálisis, iban apareciendo, tales como los hematíes, la hematuria y la proteinuria. En ese orden de ideas, dicho Hospital omitió su deber de actuar con diligencia para remitir con mayor prontitud a un nivel mayor de atención.

Ahora, en lo referente al Hospital de Villavicencio E.S.E., también se evidencian omisiones importantes. Obsérvese que fueron dos oportunidades en las que atendió a la paciente: una, el 20 de mayo de 2015, cuando la recibió por remisión de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina, en la que constató que llevaba reporte de paraclínicos que evidenciaban la infección urinaria y el embarazo, y le ordenó ecografía obstétrica más laboratorio clínico, pero, en vez de recibir los resultados de los exámenes ordenados, decidió que la paciente los debería llevar al E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina. Y otra, a los dos días, siguientes, cuando la paciente ingresa a la misma institución por urgencias, donde se dejó constancia que desde hacía dos meses presentaba hematíes con 90%, ordenándole ecografía renal más laboratorios y que volviera por consulta externa, pero no le fueron realizados tales exámenes.

Siendo esa la atención médica que el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. le prestó a la paciente, se observa que igualmente omitió tomar en serio los antecedentes clínicos por

<sup>163</sup> Páginas 33-34 del archivo denominado "HC 1069900586" ubicado en la carpeta titulada como "H.C. ESE HOSPITAL NUESTRA DEL PILAR DE MEDINA" contenida en el CD-R obrante a folio 654 del Cuaderno 1

los cuales fue remitida, máxime su condición de embarazo. Si hubiera hecho un estudio más detallado, con el control, manejo y el análisis de los exámenes ordenados, de seguro que habría tomado otro tipo de decisión. Así que su actuar también estuvo alejado de lo que ordenan las guías de manejo para la atención médica a las mujeres embarazadas. Y es que, de verdad, lo que le ocurría a la señora Deiby Faidy era algo grave que ameritaba especial atención, pero ello no fue así.

Nótese que la ginecóloga María del Socorro Gallego Ordoñez en la audiencia de pruebas señaló que *"si yo hubiera tenido la oportunidad de ver la paciente por consulta externa después con el resultado de los exámenes que yo le mandé que era el urocultivo, la ecografía, y había otros exámenes pendientes que se los había ordenado, 2 días, atrás el Dr. Agudelo, también ginecólogo; con esos resultados si yo la hubiera visto después con esos resultados, con esos resultados, ya se hubiera hecho un diagnóstico digamos de la patología y se hubiera mandado a otro, a nefrología o a medicina interna, que son los encargados de manejar ese tipo de patología, pero como les digo yo no volví a ver la paciente, solo la atendí por Urgencias."* Esto confirma que efectivamente no se tomaron en cuenta los factores de riesgo gineco obstétricos. Un actuar prudente habría sido mantener en observación intrahospitalaria a la paciente, máxime que iba remitida de otro hospital, pero ello no ocurrió ni el 20 ni el 22 de mayo de 2015, cuando los médicos de dicho hospital tuvieron la oportunidad de atender a la paciente, perdiendo así una oportunidad privilegiada para hacer un estudio serio y profundo para determinar lo que realmente le ocurría. Pero, ante esa desatención del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., la paciente tuvo que volver a continuar a recibir la misma atención en la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina en el primer nivel de atención.

En conclusión, tanto la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina como el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. fallaron en la atención médica que requería la paciente, tal como lo indicó el COVE y fue corroborado por el perito de la parte demandante. El primero, por no tomar oportunamente la decisión de remitirla a una institución de mayor nivel de complejidad, viendo que el problema de las vías urinarias no cedía, pese al tratamiento que se le había dado en el primer nivel de atención. Además, por no seguimiento a la gestante de alto riesgo y por falta de conocimiento y/o adherencia a los protocolos de manejo o guías de atención del Ministerio de Salud. Y respecto del segundo, por falta de atención en nivel acorde con la gravedad de la afección, por el no seguimiento a la gestante de alto riesgo, por inadecuado direccionamiento de la paciente al nivel de complejidad pertinente y por falta de conocimiento y/o adherencia a los protocolos de manejo o guías de atención del Ministerio de Salud.

En ese orden de ideas, se evidencia la descoordinación y la falta de la debida articulación entre todos los integrantes del sistema de salud (EPS-S e IPS/ ESE) para garantizar una adecuada atención a la señora Deiby Faidy Bejarano Martín. Hecho que retardó el diagnóstico de la enfermedad autoinmune de lupus eritematoso sistémico, restándole oportunidad para brindarle el tratamiento pertinente para quizás prolongarle la vida.

En tales condiciones, la atención médica brindada a la paciente en términos de calidad del servicio no fue oportuna ni pertinente, pues hubo retardo en la remisión para una atención en un nivel de mayor complejidad, pero cuando la institución de mayor nivel (Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.) tuvo la oportunidad de atenderla, no procedió a brindarle el servicio con el rigor que el cuadro clínico ameritaba, restándole la oportunidad de tener una mejor condición para el restablecimiento de su salud, si la evolución de la enfermedad resultaba favorable.

Así, entonces, forzoso resulta concluir que el servicio falló, porque funcionó mal. Es decir, no funcionó como se esperaba, dados los estándares que la lex artis y los protocolos del Ministerio de Salud y Protección Social tienen establecidos para casos como éste. Por consiguiente, el daño les resulta imputable jurídicamente a las entidades demandadas por falla del servicio. Si bien al acto médico y en general a la atención médica no se les exige como resultado que el paciente recobre la salud, sí se les exige que pongan a disposición del paciente todos los medios de los cuales se dispone para la eventual recuperación de su salud; hecho que, como se ha indicado, en este caso no ocurrió cabalmente. Por eso, se declarará su responsabilidad, en los términos y limitaciones que más adelante se indicarán.

### 2.6.2.3. EPS – CONVIDA

Señala el apoderado judicial de los demandantes que la EPS – S CONVIDA está llamada a responder por las pretensiones de la demanda por la demora en la ubicación de la IPS para realizar la interconsulta de medicina interna y gineco obstetricia.

Frente a ello, la entidad se opuso porque, dice, no tiene asignada la función de la prestación efectiva del servicio médico – asistencial en los centros de salud. Adicionalmente, trajo a colación la indemnidad pactada en los Contratos de Prestación de Servicios N° 120.11.01.020 del 1 de febrero de 2015 y N° 120.11.01.134 del 27 de febrero de 2015, ambos celebrados entre la ESE Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina y la EPS S CONVIDA, específicamente en la cláusula décima sexta que hace referencia a que *"en todos los casos en que se demande judicial o extrajudicialmente a la EPS'S convida con ocasión de posibles irregularidades y/o deficiencias en la prestación de servicios de salud a sus afiliados, el pss que prestó los servicios, será el directamente responsable por los perjuicios causados al paciente por deficiencia demostrados (responsabilidad médico – legal)."*<sup>164</sup>

Al respecto, es importante precisar que la indemnidad pactada entre la EPS-S CONVIDA con el E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina hace referencia a que la primera no responderá por las irregularidades que se presenten por la prestación de servicio médico contratado entre ambas. Pero, en este caso, tal cláusula no tiene aplicación pues la parte demandante aduce responsabilidad de EPS-S CONVIDA es por un acto suyo, esto es, por no autorizar oportunamente la remisión de la paciente. Siendo, así las cosas, es pertinente analizar si efectivamente se dio la mora en la autorización para la remisión a una IPS de mayor nivel de atención.

Efectivamente, en cuanto a las órdenes de remisión de la paciente dadas por el Hospital de Medina para atención en institución de mayor complejidad, se evidencia que fueron dadas en las siguientes fechas: el 5 de mayo de 2015 para ser valorada por ginecología; el 21 de mayo para ser valorada por ginecología y obstetricia; el 25 de mayo de 2015, para ser valorada por ginecología y medicina interna, urgente; el 11 de junio de 2015, para ser valorada por ginecología, obstetricia y medicina interna, orden reiterada en el 17 de junio, cuando al final fue remitida al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E.

Al respecto, la EPS-S CONVIDA, pese a habersele ordenado en la audiencia inicial del 29 de enero de 2020<sup>165</sup> allegar al proceso el récord de autorizaciones de las remisiones solicitadas por el Hospital de Medina, solo allegó la remisión al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. Además, de lo allegado por la EPS el 13 de febrero de 2020<sup>166</sup>, se advierte que entre las documentales aportadas no señala cuáles fueron las gestiones realizadas para remitir a la paciente a una IPS de mayor nivel para llevar a cabo las consultas por gineco obstetricia y medicina interna ordenadas. Así que este hecho revela el desorden administrativo de dicha EPS, pues no se sabe cómo fue atendida la paciente en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., es decir, si fue autorizado el servicio para tal institución o no. Pero también demuestra las fallas protuberantes de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina respecto del manejo del proceso de referencia y contrarreferencia, pues no obra dentro de la historia clínica, máxime que es parte de ella.

No obstante, de la revisión exhaustiva de las historias clínicas de las atenciones brindadas por los 3 Hospitales, aportadas tanto por el demandante como por las demandadas, se pudo evidenciar que en dos oportunidades la paciente fue atendida en IPS de mayor nivel de complejidad. Una, en el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. el 20 y 22 de mayo de 2015 cuando fue valorada por la especialidad gineco obstetricia; y otra, cuando fue remitida al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., donde fue atendida desde el 18 de junio de 2015 hasta su muerte.

El tema de la remisión de los pacientes fue regulado, entre otras normas, por el Decreto 4747 de 2007 dentro del régimen de referencia y contrarreferencia. En el artículo 17 establece la obligación a cargo de la entidad responsable del pago de servicios de salud de disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y

<sup>164</sup> Ver folio 189 y 197 del Cuaderno 1

<sup>165</sup> Ver folio 537 del Cuaderno 1

<sup>166</sup> Ver folio 653 del Cuaderno 1

suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones<sup>167</sup>.

De lo anterior, se observa que la orden de remisión fue dada en cuatro oportunidades, de las cuales solo se cumplió adecuadamente en la remisión al Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., porque la del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. fue fallida, pues no se cumplió con lo esperado. Esto revela que la conducta asumida por la EPS-S CONVIDA resultó injustificadamente dilatoria para autorizar el servicio en el nivel de atención superior que requería la paciente, lo que, conjugado con todos los factores de seguimiento y manejo integral de la enfermedad de la paciente, coadyuvó para restarle oportunidad para su eventual recuperación. Así, entonces, se corrobora que faltó un trabajo articulado entre la EPS-S CONVIDA como aseguradora y entre los Hospitales Nuestra del Pilar de Medina y de Villavicencio, para garantizar y prestar efectivamente un mejor servicio médico a la señora Deiby Faidy Bejarano Martín por las especialidades de gineco obstetricia y medicina interna para el manejo y cuidado de sus enfermedades. Por consiguiente, se declarará también la responsabilidad de la EPS -S.

#### 2.6.2.4. De la pérdida de oportunidad

Señalado lo anterior, es necesario tomar en cuenta cuál fue la causa de la muerte de la paciente, pues ello resulta relevante para establecer la dimensión de la responsabilidad de las entidades demandadas.

Al respecto, de acuerdo con el informe de necropsia, se trató de "... el caso (de) una mujer de 20 años que se embarazó y desencadenó una vasculitis autoinmune el cual estuvo asociado a lupus erimatoso sistémico". En esa medida, la causa adecuada del daño (muerte) fue la enfermedad autoinmune llamada lupus eritematoso sistémico. Y según lo indica la literatura médica científica "El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología autoinmunitaria que predomina en mujeres jóvenes. Las manifestaciones más frecuentes pueden incluir artralgias y artritis, síndrome de Raynaud, exantema malar y en otras regiones, pleuritis o pericarditis, afección renal o del sistema nervioso central y citopenias hematológicas"<sup>168</sup>. En esta enfermedad autoinmunitaria, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error el tejido sano, lo que puede afectar la piel, las articulaciones, los riñones, el cerebro y otros órganos<sup>169</sup>.

Lo anterior, corrobora las conclusiones coincidentes de la pericia médica allegada a este proceso en las que se indica que el lupus eritematoso es una enfermedad intervenible pero no evitable. Es decir, pese a que se diagnosticara tempranamente la enfermedad y se le brindara el tratamiento adecuado, inevitablemente ello llevaría a la muerte a la paciente. Así lo refirió el médico del Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E., cuando se pensó en la necesidad de desembarazar a la paciente, pues ello en nada modificaría el desenlace fatal.

En tales condiciones, razón tiene el demandante al señalar que en el sub lite se perdió la oportunidad de que la paciente pudiera recibir el tratamiento médico adecuado en el nivel de

<sup>167</sup> Consulta efectuada en la dirección: [https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1550305#ver\\_1550343](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1550305#ver_1550343) Decreto N° 4747 de 2007. Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos, así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitido hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitida, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso.

<sup>168</sup> <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculosquel%C3%A9tico-y-conectivo/enfermedades-reum%C3%A1ticas-autoinmunitarias/lupus-eritematoso-sist%C3%A9mico-les>.

<sup>169</sup> [https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm#:~:text=El%20lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20\(L ES,el%20cerebro%20y%20otros%20%C3%B3rganos](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000435.htm#:~:text=El%20lupus%20eritematoso%20sist%C3%A9mico%20(L ES,el%20cerebro%20y%20otros%20%C3%B3rganos).

atención pertinente para la enfermedad que padecía. Por consiguiente, la responsabilidad de las entidades demandadas se determinará bajo el lente de la oportunidad perdida.

El Consejo de Estado<sup>170</sup>, respecto de la pérdida de oportunidad en casos como este, ha indicado:

*"Tratándose de la defectuosa prestación del servicio médico, el daño no siempre consiste en la afectación física o de las condiciones de salud del paciente, las que en no pocos eventos ya resultan afectadas o en riesgo con ocasión de la patología que determina al paciente a acudir en procura de atención médica o como consecuencia inherente al tratamiento indicado. En tales eventos, lo que se reprocha a título de daño no es la pérdida de la salud o eventualmente de la vida del afectado, sino la pérdida de la oportunidad de recuperación, esto es, que se prive al paciente del tratamiento idóneo que en condiciones acordes con la lex artis le hubiera generado una mayor probabilidad de éxito frente a su enfermedad. En la pérdida de oportunidad el daño antijurídico no deriva del hecho mismo de la lesión física, de la secuela fisiológica o la muerte, sino del hecho consistente en que se prive al paciente del suministro del tratamiento o cuidado disponible que mayor beneficio le pueda reportar o que traiga aparejadas las mayores posibilidades de recuperación. Para la Sala, para que se configure la pérdida de oportunidad es necesario verificar la concurrencia de tres elementos: i) falta de certeza o aleatoriedad del resultado esperado, es decir, la incertidumbre respecto a si el beneficio o perjuicio se iba a recibir o evitar; ii) certeza de la existencia de una oportunidad; iii) certeza de que la posibilidad de adquirir el beneficio o evitar el perjuicio se extinguió de manera irreversible para la víctima." Nota de Relatoría: Sobre el tema, ver: Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 5 de abril de 2017, exp. 25706, M.P. Ramiro Pazos Guerrero.*

Según lo anterior, dadas las características de la enfermedad autoinmune, que implica que era intervenible más no evitable, el daño se dio por el hecho de que, pese a existir la certeza de una oportunidad (chance) para diagnosticar más tempranamente la enfermedad y así brindarle el tratamiento médico adecuado (beneficio) para prolongar su vida, tal oportunidad se perdió por la conducta de las entidades demandadas. Pero, en todo caso, se relleva la aleatoriedad del resultado del tratamiento, pues por esa enfermedad la paciente inexorablemente iba a morir. En ese orden de ideas, la responsabilidad de las demandadas radica en la oportunidad perdida que la paciente tenía para brindarle el tratamiento adecuado, lo que quizás (aleatoriamente) hubiera prolongado un poco más su vida.

Ahora, sobre el monto por el que debe responder cada una de las demandadas, se determinará por su participación en la causación del daño. Así, entonces, del valor a reconocer, el Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina E.SE. y el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., cada uno responderá por el cuarenta por ciento (40%): el primero, por la demora injustificada para remitir a la paciente a un nivel mayor de atención, y el segundo, por no brindarle la atención en el nivel pertinente y con los medios de los que disponía. Y en cuanto a la EPS -S CONVIDA, responderá por el veinte por ciento (20%) por la no autorización oportuna de la remisión a la institución de mayor nivel de atención, dado que no demostró su diligencia al respecto, pese a que le fue requerido por el Despacho. Todo ello sumado corresponderá al monto total a reconocer. Para el efecto, la parte demandante podrá hacer el cobro total a cualquiera de las entidades demandadas y la que pague puede pedirle a las demás que le paguen lo que pagó por ellas.

En consecuencia, como la parte demandante logró demostrar la falla o culpa de las entidades demandadas, habrá de declararse la responsabilidad administrativa y patrimonial de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar del Medina y Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. y la EPS -S CONVIDA por el daño causado a la parte demandante, en los términos señalados en esta providencia.

<sup>170</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 3 de abril de (2020), C. P. Ramiro Pazos Guerrero, radicación 19001-23-31-000-2005-00998-01(43034).

## 2.7. DE LA MEDIDA DE REPARACIÓN

Según el Consejo de Estado<sup>171</sup>,

*"iv) No es procedente indemnizar la pérdida de oportunidad por el porcentaje de probabilidades que resulten de la acreditación del vínculo causal entre la falla y el daño final, habida cuenta de que la pérdida de oportunidad constituye una fuente de daño cuya reparación depende de lo probado en el proceso.*

*v) El porcentaje de probabilidades de la expectativa legítima truncada debe establecerse a través de los diferentes medios de prueba que obran en el proceso -regla general-. Ahora, si no se puede determinar dicho porcentaje de la pérdida de oportunidad -perspectiva cuantitativa-, pese a encontrarse acreditado el daño antijurídico cierto y personal - perspectiva cualitativa-, deberá el juez de la responsabilidad, tal como lo ha señalado la doctrina<sup>116</sup>, bien sea a) declarar en abstracto la condena y fijar los criterios necesarios para que, mediante un trámite incidental, se realice la cuantificación del perjuicio, o bien b) acudir a criterios de equidad<sup>117</sup>, eje rector del sistema de reparación estatal, -artículo 230 de la Constitución Política y 16 de la Ley 446 de 1998<sup>118</sup> -, a fin de reparar en forma integral el daño imputable a los demandados<sup>119</sup>.*

*vi) Ahora, si no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación del porcentaje de posibilidades truncadas se determinará excepcionalmente, como sucede en otros ordenamientos jurídicos<sup>120</sup>, en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios materiales e inmateriales, de manera que, en virtud de la equidad y la igualdad procesal que debe prohibirse entre las partes, no importa si el porcentaje de posibilidades frustradas haya podido fluctuar entre el 0.1 y el 99%, habida cuenta de que, sin haber podido aplicar la regla general, bastará que se hayan acreditado los elementos de la pérdida de oportunidad, es decir que se constate cualitativamente un truncamiento de la oportunidad que afecte el patrimonio de los demandantes para que proceda la reparación por excepción. Dicha excepción se justifica porque aunque haya ausencia cuantitativa del porcentaje de probabilidad de la expectativa legítima truncada, dicha expectativa sigue de todas maneras representado un menoscabo a un bien material o inmaterial que fue arrancado del patrimonio de la víctima y, por ello, debe ser reparada".*

Tomando en cuenta los parámetros señalados por el Consejo de Estado, en el caso concreto no hay fundamentos científicos y técnicos que permitan cuantificar el porcentaje de probabilidad que tenía la paciente de escapar del evento fatal. Es decir, hay certeza sobre la pérdida de oportunidad de sobrevivida, pero no acerca de la cuantía del perjuicio -falta de certeza cuantitativa-. No obstante, dado que está acreditado el daño y tomando como fundamento el principio de equidad para cuantificar el perjuicio por la pérdida de oportunidad de sobrevivida que sufrió la señora Bejarano Martín, el Despacho estima que la expectativa que tenía de escapar al evento fatal de la muerte estaba alrededor de un 50% de posibilidades. En ese orden, este índice será tenido en cuenta para la liquidación de perjuicios.

### 2.7.1. Daño moral

La parte actora solicitó por daño moral el reconocimiento de 100 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes para María Dary Martín Daza, Saúl Antonio Bejarano Barahona, Oscar Iván Gómez Hernández, Yerixon Fair Bejarano Martín, Yeismi Yarley Daza Martín, Aider Antonio Bejarano Martín, Saúl Esneider Bejarano Martín, Miller Yesid Martín Daza y Daisy Lorena Martín y para la sucesión de Deiby Faidy Bejarano Martín.

Sobre el particular, es importante indicar que la indemnización por perjuicio moral abarca el dolor, el sufrimiento, la angustia padecida por la víctima directa y demás perjudicados del daño.

La Sección Tercera del Consejo de Estado mediante documento del 28 de agosto del 2014, estableció de manera objetiva los criterios para reconocer el daño moral por muerte, así:

<sup>171</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Subsección B. C.P.: Ramiro Pazos Guerrero Bogotá, D.C., 5 de abril de 2017. Expediente: 25706 Radicación: 170012331000200000645-01: " *Ahora, si no es posible fijar científica y técnicamente el porcentaje de probabilidades, la cuantificación del porcentaje de posibilidades truncadas se determinará excepcionalmente, como sucede en otros ordenamientos jurídicos<sup>120</sup>, en un 50%, el cual se aplicará para la liquidación de los perjuicios materiales e inmateriales, de manera que, en virtud de la equidad y la igualdad procesal que debe prohibirse entre las partes, no importa si el porcentaje de posibilidades frustradas haya podido fluctuar entre el 0.1 y el 99%, habida cuenta de que, sin haber podido aplicar la regla general, bastará que se hayan acreditado los elementos de la pérdida de oportunidad, es decir que se constate cualitativamente un truncamiento de la oportunidad que afecte el patrimonio de los demandantes para que proceda la reparación por excepción. Dicha excepción se justifica porque aunque haya ausencia cuantitativa del porcentaje de probabilidad de la expectativa legítima truncada, dicha expectativa sigue de todas maneras representado un menoscabo a un bien material o inmaterial que fue arrancado del patrimonio de la víctima y, por ello, debe ser reparada".*

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE REGLA GENERAL					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
	Relaciones afectivas conyugales y paterno filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
Porcentaje	100%	50%	35%	25%	15%
Equivalencia en salarios mínimos	100	50	35	25	15

No obstante, es pertinente también dar aplicación a la regla jurisprudencial adoptada por la Sección Tercera del Consejo de Estado, en sentencia de unificación del 29 de noviembre de 2021<sup>172</sup>, que si bien se refiere a la cuantificación del daño moral en los eventos de privación injusta de la libertad, tales reglas jurisprudenciales también son aplicables a los eventos en que se reclama el perjuicio moral en casos de muerte, pues la filosofía del reclamo de tal perjuicio es la misma.

En dicha jurisprudencia, indicó la alta Corporación que:

*"68.3.- En la sentencia de unificación del 28 de agosto de 2014 (radicado 36149), se reitera la presunción de perjuicios morales con la prueba del parentesco a favor de los seres queridos más cercanos, sin determinar quiénes están incluidos en esa categoría. Y no se puede deducir ninguna conclusión de su aplicación a personas distintas de los cónyuges o compañeros permanentes y parientes en el primer grado de consanguinidad, porque en el caso concreto los demandantes eran únicamente la compañera permanente, los hijos y la madre de la víctima directa. No obstante, se incluyó una tabla en la que se señalan cuantías para parientes en los siguientes niveles: en el primer nivel, los cónyuges, compañeros (as) permanentes y parientes en el primer grado de consanguinidad; en el segundo nivel, los parientes en el segundo grado de consanguinidad; en el tercer nivel, los parientes en el tercer grado de consanguinidad; en el cuarto nivel, los parientes en el cuarto grado de consanguinidad y afines hasta el segundo grado; y en el quinto nivel, los terceros damnificados. Y, tal y como se había advertido en la sentencia del 1º de marzo de 2006, expediente 15440, lo anterior se tomó como una presunción jurisprudencial que permitía otorgar <<automáticamente>> perjuicios morales en los rangos de parentesco indicados en la tabla.*

*En esta sentencia se lee:*

*<<(…) Asimismo, en relación con la acreditación del perjuicio en referencia, se ha dicho que con la prueba del parentesco o del registro civil de matrimonio se infiere la afectación moral de la víctima, del cónyuge y de los parientes cercanos<sup>173</sup>, según corresponda. (…)>><sup>174</sup>*

*68.4.- A partir de lo anterior es evidente que lo que se hace en este fallo no es modificar una regla sobre presunción de perjuicios morales, sino precisar su alcance con el objeto de resolver las divergencias en su interpretación y aplicación, conforme con lo dispuesto en el artículo 270 del CPACA. Y, en la medida en que no puede afirmarse que en la sentencia del 28 de agosto de 2013 se adoptó una regla jurisprudencial que estableciera que era suficiente la prueba del parentesco para presumir los perjuicios morales en relación con determinadas víctimas, no es procedente fijar como regla general que, para las demandas presentadas a partir de esa fecha y hasta la expedición de este fallo, deba considerarse como prueba suficiente de los perjuicios morales de los <<parientes cercanos>> la demostración de su parentesco. Lo que genera el carácter vinculante de una regla jurisprudencial es su enunciación precisa en la sentencia en la que se adopta; es esto lo que crea una expectativa legítima en los justiciables y en este caso ello no ocurrió.*

*68.5.- No obstante, como a partir de la sentencia del 28 de agosto de 2013 puede deducirse que, en relación con los hermanos de la víctima directa era suficiente acreditar el parentesco para tener por demostrado el perjuicio moral, y en la gran mayoría de los fallos tal presunción viene aplicándose, la Sala estima procedente establecer la siguiente regla: en relación con las demandas presentadas desde el 28 de agosto de 2013 y hasta la fecha de expedición de la presente sentencia, en las cuales el juez advierta que se presentaron fundándose en la jurisprudencia existente y no se solicitaron pruebas para acreditar los perjuicios morales de los parientes en segundo grado de consanguinidad, podrá hacer uso*

<sup>172</sup> Consejo de Estado. Sala Plena de la Sección Tercera. Sentencia del 29 de noviembre de 2021. Radicado 18001-23-31-001-2006-00178-01 (46681). C.P. Martín Bermúdez Muñoz.

<sup>173</sup> Consejo de Estado. Sección Tercera. Sentencia del 1º de marzo de 2006. Expediente 15440. MP: María Elena Giraldo Gómez.

<sup>174</sup> Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sala Plena de Sección Tercera. Expediente 68001-23-31-000-2002-02548-01(36149). M.P.: Dr. Hernán Andrade Rincón (E).

de las facultades probatorias que le otorga la ley para garantizar su derecho al debido proceso. Esta determinación se adoptará sin importar la instancia en la que se encuentre el proceso.

69.- En relación con la determinación de los topes máximos por perjuicios morales y la forma de calcularlos, la sentencia será aplicada de inmediato...”

70.- El hecho de que los demandantes no conocieran estos topes en el momento en que interpusieron sus demandas no afecta la <<confianza legítima>>. El derecho a la reparación de perjuicios sufridos como consecuencia de la privación de la libertad no es un derecho patrimonial que nazca de un acto jurídico (unilateral o bilateral) en el cual la parte se acoge a determinada regla que no puede ser modificada posteriormente. Tampoco puede considerarse que la demanda fue presentada pensando en obtener determinado monto de perjuicios y que la confianza en ese resultado se alteró al establecerse otro monto.

71.- El derecho a la igualdad en este caso se garantiza aplicando la sentencia de manera similar a todos los casos que se fallen luego de su ejecutoria. Suponer que tal derecho solo se garantiza si se le otorga el mismo monto de perjuicios morales a todas las personas que presentaron la demanda durante determinado periodo de tiempo carece de fundamento; la fecha en la cual se presentó la demanda no tiene en este caso ningún tipo de relevancia para estructurar tal derecho, como sí puede tenerla frente a quienes en ese momento consideraban que podían acogerse a la presunción jurisprudencial de perjuicios morales para los hermanos.

72.- Esgrimir el derecho de igualdad para impedir la aplicación inmediata de los topes de perjuicios morales implicaría considerar que los mismos no pueden ser modificados por la jurisprudencia. Implicaría también considerar que, con base en el mismo derecho de igualdad, no existe justificación para que en relación con las demandas presentadas con posterioridad a este fallo se apliquen los nuevos topes.

Así, entonces, la regla para reconocer el daño moral en casos de privación de la libertad, es la siguiente:

A “ las **víctimas indirectas**, los topes máximos de indemnización se determinan a partir del monto reconocido a la víctima directa, de la siguiente manera: a.- A los **parientes en el primer grado de consanguinidad del detenido, su cónyuge o su compañero o compañera permanente, el cincuenta por ciento (50%)** de lo que le corresponda a la víctima directa. b.- A los **demás demandantes**, cuando acrediten los perjuicios morales, el **treinta por ciento (30%)** de lo que le corresponda a la víctima directa.

Por lo anterior, como dice la sentencia traída a colación, el precedente jurisprudencial en realidad versaba sobre la presunción del daño moral a sus familiares cercanos, según el grado de consanguinidad, pero no en cuanto al monto indemnizatorio por dicho perjuicio. En esa medida, en aplicación de la precisión jurisprudencial citada, el reconocimiento del monto indemnizatorio por perjuicio moral a los familiares de la víctima directa en los casos de lesiones personales o muerte se ha de hacer no en la misma cantidad en que se reconoce a la víctima directa, sino proporcionalmente, así: a los parientes en primer grado de consanguinidad, su cónyuge o su compañero o compañera permanente, el 50% de lo que le corresponda a la víctima directa; y a los demás demandantes, cuando acrediten perjuicios morales, el 30% de lo que le corresponda a la víctima directa.

En este caso, se encuentra acreditado que la víctima directa falleció por la pérdida de oportunidad de sobrevivida, según se ha indicado; por ello, le corresponderían 50 smlmv. Entonces, como, a través de los registros civiles de nacimiento (folio 21 a 26) se encuentra acreditado que María Dary Martín Daza y Saúl Antonio Bejarano Barahona son padres de la víctima, y que Yerixon Fair Bejarano Martín, Yeismy Yarley Daza Martín, Aider Antonio Bejarano Martín, Saúl Esneider Bejarano Martín, Miller Yesid Martín Daza y Daisy Lorena Martín son sus hermanos; asimismo, que Oscar Iván Gómez Hernández era su compañero permanente, según declaración rendida por Diana Elicenia Ciales Ramírez en audiencia del 9 de septiembre de 2020<sup>175</sup> y de las notas médicas del Hospital Universitario de la Samaritana E.S.E. del acompañamiento por parte de su pareja en la estancia hospitalaria. En esa medida, dado que no fue desvirtuado por la parte demandada, se les reconocerá el perjuicio moral solicitado, en los montos que se indican más adelante.

De otra parte, cabe señalar que los demandantes persiguen el reconocimiento de la indemnización por los perjuicios sufridos por la víctima directa, que murió, motivo por el cual es necesario analizar la transmisibilidad del derecho a la reparación del daño moral de la causante.

<sup>175</sup> Minutos 27:50 a 39:10 de la audiencia del 9 de septiembre de 2020 contenida en el documento digital N° 78

En sentencia del 29 de enero de 2016 Consejo de Estado Radicación número: 05001-23-31-000-2006-01559-01 (38635) señaló.

"(...) La Sala, considera que, frente a los principios informadores del derecho a la reparación integral, la transmisibilidad del derecho a la reparación de los daños morales causados a la víctima directa, es procedente, por regla general. En efecto, debe sostenerse que de conformidad con lo dicho, el derecho a la indemnización es de carácter patrimonial y por ende, la obligación indemnizatoria, se transmite a los herederos de la víctima, por tratarse de un derecho de naturaleza patrimonial, que se concreta en la facultad de exigir del responsable, la indemnización correspondiente, toda vez que en el ordenamiento jurídico colombiano no existe disposición de carácter legal expresa prohibitiva y por el contrario, la regla general, indica que todos los activos, derechos y acciones de carácter patrimonial forman parte de la masa herencial transmisible y por ende los sucesores mortis causa, reciben la herencia con íntegro su contenido patrimonial y, ya se observó, que el derecho al resarcimiento, o lo que es igual, la titularidad del crédito indemnizatorio, no se puede confundir con el derecho subjetivo de la personalidad vulnerado (...) Es de anotar que la controversia doctrinal que la Sección Tercera zanjó en esa oportunidad se refería específicamente a los perjuicios morales, pues era respecto de ellos que se sostenía que, al ser de carácter personalísimo, no podían transmitirse.(...) En esa oportunidad la Sala precisó que el perjuicio moral transmisible es aquel que, habiendo experimentado en vida la persona fallecida, le confirió el derecho a obtener una indemnización, crédito que formaba parte de su patrimonio herencial y por lo mismo sus herederos habrían de recibirlo en iguales condiciones. Adicionalmente señaló que, para la reclamación de este crédito, los demandantes en reparación directa debían acreditar dos aspectos: "la consistencia y realidad del daño moral padecido por la víctima directa, de una parte y, **el título hereditario invocado, que [los] legitima en el ejercicio de la pretensión indemnizatoria para [su] reconocimiento.** La Sala concluye que, habiéndose acreditado que los demandantes tienen, en los términos del artículo 1045 del Código Civil, vocación hereditaria, estos se encontrarían legitimados para reclamar, en nombre de la sucesión de John Jather Giraldo Muriel –dentro del respectivo proceso de naturaleza civil-, la indemnización de los perjuicios materiales e inmateriales que aquel hubiere presuntamente sufrido como consecuencia del hecho dañoso. (...)" (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Pues bien, en la demanda se solicitó indemnización por los perjuicios morales ocasionados, entre otros, a Deiby Faidy Bejarano Martín, perjuicios que, a su vez, fueron reclamados para la sucesión de la víctima directa. En tal virtud, dado que la principal afectada por la pérdida de oportunidad fue la señora Bejarano Martín, y dado que se encuentran reunidos los requisitos para heredar este tipo de daño, el Despacho reconocerá el perjuicio moral a favor de la sucesión de la causante.

En consecuencia, por daño moral se reconocerán las siguientes sumas de dinero:

Nombre	Calidad	Monto
Sucesión de la causante Deiby Faidy Bejarano Martín	Víctima Directa	50 SMLMV
María Dary Martín Daza	Madre	25 SMLMV
Saúl Antonio Bejarano Barahona	Padre	25 SMLMV
Oscar Iván Gómez Hernández	Compañero Permanente	25 SMLMV
Yerixon Fair Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Yeismy Yarley Daza Martín	Hermana	15 SMLMV
Aider Antonio Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Saúl Esneider Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Miller Yesid Martín Daza	Hermano	15 SMLMV
Daisy Lorena Martín	Hermana	15 SMLMV
<b>Total</b>		<b>215 SMLMV</b>

Dicho monto deberá ser pagado, así: el Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina E.S.E. pagará el 40%; el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., el 40%; y la EPS -S CONVIDA el 20%, según se indicó *ut supra*. Para el efecto, la parte demandante podrá hacer el cobro total a cualquiera de las entidades demandadas y la que pague puede repetir contra las demás lo que pagó por ellas.

### 2.7.2. Daño a la vida de relación

La parte actora solicitó también pagar a favor de los padres de la víctima, la cantidad de 100 SMLMV para cada uno de ellos y cada uno de sus hermanos la suma de 50 SMLMV; asimismo al compañero permanente Oscar Iván Gómez Hernandez 100 SMLMV, por concepto de daño a la vida de relación, como consecuencia de la muerte de Deiby Faidy

Bejarano Martín. Paralelamente pidió indemnización a favor de la sucesión de Deiby Faidy Bejarano Martín la suma de 400 SMLMV.

Al respecto, es preciso señalar que la Jurisprudencia del Consejo de Estado, siguiendo los lineamientos planteados en sus sentencias de unificación, se apartó de la tipología de perjuicio inmaterial denominado perjuicio fisiológico o daño a la vida en relación, para en su lugar reconocer la categoría de **daño a la salud**<sup>176</sup> (cuando estos provengan de una lesión a la integridad psicofísica de la persona) y de afectación relevante a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados<sup>177</sup>; estos últimos se reconocerán siempre y cuando su concreción se encuentre acreditada dentro del proceso y se precise su reparación integral, teniendo en cuenta la relevancia del caso y la gravedad de los hechos.

Lo anterior, significa que el daño a la salud se le reconoce a la víctima directa, tanto en cuanto con el hecho dañoso se haya visto afectada su integridad psicofísica y ello esté demostrado dentro del proceso. Y como en el caso concreto, la señora Deiby Faidy Bejarano Martín, víctima directa del daño murió, tal como se encuentra acreditado, no hay lugar a reconocer el perjuicio solicitado. Y en el caso de sus familiares, tampoco aparece acreditado que la muerte Deiby Faidy Bejarano Martín de lo haya afectado en su salud. En consecuencia, la indemnización solicitada será denegada.

### 2.7.3. Perjuicios materiales

#### 1) Daño Emergente

Se solicita en las pretensiones de la demanda que se condene a las demandadas al pago de la indemnización por perjuicios materiales por daño emergente. Sobre esta pretensión el Despacho considera que no ha de ser reconocida por cuanto no se acreditó en el transcurso del proceso, con prueba siquiera sumaria, que demuestre los gastos en que incurrieron los demandantes con ocasión de la muerte de la señora Deiby Faidy Bejarano Martín.

#### 2) Lucro Cesante

Frente a la pretensión de lucro cesante, también habrá de ser denegada en la medida en que no se señala en qué consistió este daño solicitado, pues solo se indicó que la señora Deiby Faidy Bejarano Martín era una persona que se desempeñaba como ama de casa.

### 2.8. DECISIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

En el *sub lite*, el Hospital Nuestra Señora del Pilar E.S.E. llamó en garantía a Seguros del Estado S.A., con fundamento en la póliza de seguro civil extracontractual N° 17-02-101004095 del 27 de enero de 2014, la cual fue renovada para la vigencia comprendida entre el 31 de enero de 2015 hasta el 23 de septiembre de 2015. En dicha póliza se amparaban, entre otros riesgos, *"la responsabilidad civil extracontractual por los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad por daños a materiales o personales"*.

Al respecto, la apoderada judicial de Seguros del Estado S.A. se opuso a la prosperidad del llamamiento en garantía, con fundamento en las excepciones de mérito denominadas *"ausencia de responsabilidad de parte de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina"*, *"Objeto de la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual P.L.O. No. 17-02-101004095"*, *"Indebida*

---

<sup>176</sup> "(...) se recuerda que, desde las sentencias de la Sala Plena de la Sección Tercera de 14 de septiembre de 2011, exp. 19031 y 38222 (...) se adoptó el criterio según el cual, cuando se demanda la indemnización de daños inmateriales provenientes de la lesión a la integridad psicofísica de una persona, ya no es procedente referirse al perjuicio fisiológico o al daño a la vida en relación o incluso a las alteraciones graves de las condiciones de existencia, sino que es pertinente hacer referencia a una nueva tipología de perjuicio, denominada daño a la salud (...) la Sala unifica su jurisprudencia en relación con la indemnización del daño a la salud por lesiones temporales en el sentido de indicar que, para su tasación, debe establecerse un parangón con el monto máximo que se otorgaría en caso de lesiones similares a aquellas objeto de reparación, pero de carácter permanente y, a partir de allí, determinar la indemnización en función del período durante el cual, de conformidad con el acervo probatorio, se manifestaron las lesiones a indemnizar (...)" (Se destaca). Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencias de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, expediente 28832, M.P. Danilo Rojas Betancourth y expediente 31170. M.P. Enrique Gil Botero.

<sup>177</sup> Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencias de unificación jurisprudencial del 28 de agosto de 2014, expediente 32988 M.P. Ramiro Pazos Guerrero y exp. 26251. M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

*Tasación de Perjuicios Morales”, “Exclusiones pactadas dentro de la Póliza N° 33-02-101001371 (sic)”, “Límite de responsabilidad de la póliza llamada en garantía”, y “deducible de la póliza”.*

Principalmente, alegó la ausencia de responsabilidad médica de la Institución asegurada en la prestación de los servicios de salud. Adicionalmente, argumentó que en el evento remoto de declararse responsable a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina hizo la salvedad que la póliza no tiene cobertura de ese siniestro porque el objeto de la póliza N° 17-02-101004095 no especifica el amparo de responsabilidad civil médica y que además fueron pactadas como **exclusiones los perjuicios morales y lucro cesante**.

Según lo anterior, revisado el clausulado de la póliza seguro civil extracontractual N° 17-02-101004095 allegada por ambas partes<sup>178</sup>, se observa que se encuentra amparado el riesgo denominado *“se ampara la responsabilidad la responsabilidad civil extracontractual por los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad por daños a materiales o personales”*. Dentro del texto aclaratorio de la póliza obra en el acápite II Definición de Coberturas, específicamente, la relacionada con la responsabilidad civil extracontractual por daños materiales o personales aparece consignada que se contrae a la derivada de, *“1.2. Las operaciones que lleve a cabo el asegurado en el desarrollo de las actividades objeto de este seguro”*.

Asimismo, se observa que, además de haberse pactado la exclusión de responsabilidad civil profesional, también fueron pactadas las siguientes exclusiones:

*“1.2.1. Los perjuicios morales*

*1.2.2. Los perjuicios por lucro cesante*

*1.2.3. Lesiones personales o daños materiales, causados al asegurado, su conyuge (sic) o sus parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segunda de afinidad o primero civil. Para sociedades de personas o en comandita simple opera la exclusión respecto a los socios del asegurado, directores y representantes legales, así mismo de los trabajadores a su servicio.”*

Así, entonces, como expresamente fueron excluidos del objeto de amparo de la referida póliza los perjuicios morales, y como en este proceso solamente se reconoció tal perjuicio, no hay lugar a afectar dicha póliza. Por consiguiente, se declarará probada la excepción *“Objeto de la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual P.L.O. No. 17-02-101004095”*; y por sustracción de materia, no se abordará el estudio de los demás medios exceptivos. Por tal motivo, no se condenará al llamado en garantía a pagar los valores a los que fue condenado la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina.

## **2.9. COSTAS**

En cuanto a la condena en costas, en aplicación del criterio objetivo valorativo señalado por el artículo 188 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 365 del Código General del Proceso, debe verificarse si hay lugar a condenar en costas a la parte vencida.

Se habla de un criterio «objetivo» porque en toda sentencia se «dispondrá» sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse. Y es «valorativo» porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación, tal y como lo ordena el Código General del Proceso.

En ese orden de ideas tras efectuar la revisión del expediente físico y digital no obra soporte de pago de los honorarios del perito Alberto Lineros Montañez ni tampoco fue acreditado si la parte demandante si sufragó otras costas procesales razón por la cual, al no aparecer acreditada su causación, el Despacho se abstendrá de condenar en costas a la parte vencida.

Finalmente, se aceptará la renuncia presentada por el abogado Jose David Ruiz Argel al poder conferido por EPS -S CONVIDA; asimismo la EPS-S CONVIDA reconocerá personería al abogado Mario Efrén Sarmiento Riveros para actuar en calidad de apoderado judicial de la entidad en los términos y efectos de poder conferido<sup>179</sup>.

<sup>178</sup> Folios 3 – 7 del Cuaderno de Llamamiento de Garantía y Folios 431 a 444 del Cuaderno 1

<sup>179</sup> Certificado de Vigencia N° 536382 consulta efectuada en el Registro Nacional de Abogados

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Treinta y Cinco (35) Administrativo del Circuito de Bogotá - Sección Tercera**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

### RESUELVE

**PRIMERO: DESESTIMAR** la tacha formulada por la apoderada judicial del Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. contra el dictamen pericial presentado por la parte demandante. Igualmente, **DECLARAR infundadas y no probadas** las objeciones formuladas por los Hospitales Nuestra Señora del Pilar de Medina y Departamental de Villavicencio contra el dictamen pericial presentado por la parte actora, por las razones expuestas en la parte motiva.

**SEGUNDO: DECLARAR** administrativa y patrimonialmente responsables al Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina E.S.E., al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. y la EPS-S CONVIDA, por la pérdida de oportunidad de sobrevivida de la señora Deiby Faidy Bejarano Martín, quien falleció el 8 de julio de 2015, de acuerdo con las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**TERCERO: CONDENAR** al Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina E.S.E., al Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. y la EPS-S CONVIDA, a pagar doscientos quince (215) salarios mínimos legales mensuales vigentes, por concepto de daño moral, a favor de las siguientes personas:

Nombre	Calidad	Monto
Sucesión de la causante Deiby Faidy Bejarano Martín	Víctima Directa	50 SMLMV
María Dary Martín Daza	Madre	25 SMLMV
Saúl Antonio Bejarano Barahona	Padre	25 SMLMV
Oscar Iván Gómez Hernández	Compañero Permanente	25 SMLMV
Yerixon Fair Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Yeismy Yarley Daza Martín	Hermana	15 SMLMV
Aider Antonio Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Saúl Esneider Bejarano Martín	Hermano	15 SMLMV
Miller Yesid Martín Daza	Hermano	15 SMLMV
Daisy Lorena Martín	Hermana	15 SMLMV
<b>Total</b>		<b>215 SMLMV</b>

Dicho monto deberá ser pagado, así: El Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina E.S.E. pagará el 40%; el Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E., el 40%, y la EPS-S CONVIDA el 20%, según se indicó *ut supra*. Para el efecto, la parte demandante podrá hacer el cobro total a cualquiera de las entidades demandadas, y la que pague puede repetir contra las demás lo que pagó por ellas.

**CUARTO: NEGAR** las demás pretensiones de la demanda, por lo expuesto en la parte motiva.

**QUINTO:** La suma reconocida deberá ser pagada de acuerdo con lo establecido en los artículos 192 y 195 de la Ley 1437 de 2011.

**SEXTO: DECLARAR** probada la excepción de mérito denominada "no afectación de la Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual P.L.O. No. 17-02-101004095", propuesta por el llamado en garantía Seguros del Estado S.A. Por tal razón, no condenarlo a pagar los valores a los que fue condenado la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Pilar de Medina.

**SÉPTIMO: NO CONDENAR** en costas, por lo expuesto en la parte motiva.

**OCTAVO: Sin condena** en costas, por lo expuesto.

**NOVENO:** Por Secretaría del Juzgado, procédase a la notificación de la sentencia en la forma dispuesta en el artículo 203 de la ley 1437 de 2011.

**DÉCIMO:** En firme esta sentencia, liquídense los gastos por la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos de Bogotá y en caso de existir remanentes, entréguese a la parte interesada.

**UNDÉCIMO: ACEPTAR** la renuncia presentada por el abogado Jose David Ruiz Argel al poder conferido por EPS -S CONVIDA. Asimismo, **RECONOCER** personería al abogado Mario Efrén Sarmiento Riveros para actuar en calidad de apoderado judicial de la EPS – S CONVIDA, en los términos y efectos de poder conferido<sup>180</sup>.

## NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO**  
**JUEZ**

DMAP/jim

Firmado Por:  
Jose Ignacio Manrique Niño  
Juez  
Juzgado Administrativo  
035  
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: **47d6bda2c1d365831eec61354e4eb851f19abf9b522332e3869c551082d8efda**

Documento generado en 23/09/2022 06:04:07 PM

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

<sup>180</sup> Certificado de Vigencia N° 536382 consulta efectuada en el Registro Nacional de Abogados