



**JUZGADO DECIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CUCUTA
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**
San José de Cúcuta, Cinco (05) de septiembre de dos mil veintitrés (2.023)

Radicado No: 54-001-33-31-001-2011-00380-00
Actor: Sixto Tulio Peñaranda Carrascal y Otros
Demandado: E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz; Nueva EPS
Llamados en Garantía: La Previsora S.A.; Dumian Medical S.A.
Acción: Reparación Directa

Con fundamento en lo establecido en el artículo 170 del Código Contencioso Administrativo, y por haberse agotado las etapas procesales ordinarias, procede este Juzgado Administrativo a dictar sentencia en el proceso de la referencia, conforme lo siguiente:

1. ASUNTO PREVIO

Previo a ingresar en el estudio de fondo de la controversia que se plantea en esta oportunidad, es preciso efectuar el tránsito de legislación que se contempla en el Código General del Proceso, para ello, es preciso traerá colación el artículo 625 – parcial- de tal compendio, en los siguientes términos:

“Artículo 625. Tránsito de legislación.

Los procesos en curso al entrar a regir este código, se someterán a las siguientes reglas de tránsito de legislación:

1. Para los procesos ordinarios y abreviados:

(...)

c) Si en el proceso se hubiere surtido la etapa de alegatos y estuviere pendiente de fallo, el juez lo dictará con fundamento en la legislación anterior. Proferida la sentencia, el proceso se tramitará conforme a la nueva legislación...”

En consecuencia de lo anterior, el presente proceso, en lo que respecta a la normatividad procesal civil deberá sujetarse al estatuto procesal anterior inclusive en la etapa de dictar sentencia, pero una vez dictada esta, las actuaciones que se surtan se efectuarán en los términos de la Ley 1564 de 2012.

2. ANTECEDENTES

2.1 LA DEMANDA

2.1.1 Las Pretensiones

La parte actora solicita que se declare a la Nueva EPS y a la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz responsable administrativa y extracontractualmente responsable de los perjuicios causados a los demandantes con motivo de la muerte del joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, acaecida el 11 de agosto de 2009 en razón a la prestación deficiente y negligente del servicio público de salud.

De acuerdo con lo anterior, se solicita condenar a la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y a la NUEVA EPS a pagar a los demandantes lo siguientes conceptos y por las cantidades que a continuación se relacionan:

Demandante	Daño Moral	Perjuicio Material	Daño a la vida de relación
SIXTO TULIO PEÑARANDA CARRASCAL	100 SMLMV	No solicita	100 SMLMV
GLADYS YAMIRE CARVAJALL MELANO	100 SMLMV	No solicita	100 SMLMV
NELLY MARIA CARRASCAL DE PEÑARANDA	100 SMLMV	No solicita	100 SMLMV
ELISEO CARVAJAL DURAN	100 SMLMV	No solicita	100 SMLMV
JURLEY DAYANA PEÑARANDA CARVAJAL	50 SMLMV	No solicita	50 SMLMV
SIXTO TULIO PEÑARANDA CARRASCAL	50 SMLMV Perjuicio sucesoral	-0-	-0-
GLADYS YAMIRE CARVAJAL MELANO	50 SMLMV Perjuicio sucesoral	-0-	-0-

2.1.2 Los hechos

El Despacho resume los hechos presentados por el actor, de la siguiente manera:

La parte actora señala que el día 02 de agosto de 2009, Sixto Tulio Peñaranda Carrascal, llevó a su hijo Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal a Urgencias de la Fundación Mario Gaitán Yanguas de la ciudad de Cúcuta, por presentar tos, fiebre alta, malestar general, manifestándole el médico que los atendió, que por el cuadro de antecedentes de salud, debía ser atendido no ahí, sino en una clínica de tercer nivel, formulándole unos medicamentos para el reflujo y unas pastillas para bajar la fiebre y dentro de la misma formula el medico Enoc García les dio una orden para que fueran a la NUEVA EPS a la cual estaban afiliados y atendieran al paciente en forma prioritaria.

El lunes 3 de agosto de 2009 a las 8 am, la madre del joven Erik Emmanuel Peñaranda, asistió con su hijo a la Nueva EPS, con el fin de que lo atendieran por cita prioritaria. Fue recibido el paciente en consulta externa por la doctora Dayanni Margarita Armenta de la Cruz, quien le formuló medicamentos y nebulizaciones que se le realizaron el 4 de agosto de 2009 y se envió a consulta por medicina interna, siendo atendido en el consultorio No.1 a la 1:00 p.m., dándole una nueva cita para el 14 de septiembre de 2009 para ser atendido por el doctor Granados, consulta que no se cumplió, ya que el paciente falleció el 11 de agosto de 2009 a las 2 p.m.

Antes del fallecimiento de Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, ingresó por servicio de urgencias a la ES.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, el día 6 de agosto del 2009 a las 12:12:27, con fecha de egreso del servicio de urgencias el día 8 de agosto del 2009 con un diagnóstico de insuficiencia respiratoria y con nota de evolución de paciente en malas condiciones generales según datos de la historia clínica para el traslado a la UCI del mismo hospital con fecha de ingreso el 9 de

agosto del 2009 a las 15:50 horas y con fecha de egreso el 11 de agosto del 2009 a las 17:29:28 día en que murió, a las 14:00 horas muerte confirmada por el doctor Figueroa, y que conforme a la Secretaría de Salud del Departamento de Norte de Santander, según examen ordenado por esta entidad al cadáver de Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, se confirmó su muerte a causa del virus AH 1N1.

Desde el momento que el enfermo ingresó a la UCI del Hospital no les dieron ninguna razón; según familiares acompañantes del paciente, como a las 3 de la mañana del día domingo 9 de agosto del 2009, salió el médico de la UCI del Hospital y les manifestó que Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal había llegado con paro respiratorio que lo estaban estabilizando y que tenía un fuerte episodio infeccioso que se complicó por su patología base; había que hacerle un cultivo que duraba 72 horas para cambiarle la droga.

En la UCI al día siguiente les informaron que habían hecho un examen de cultivo para ver si la droga que le estaban aplicando era la correcta o no, nunca les dijeron que era portador del virus AH1N1, tal vez porque en ese momento el personal paramédico y médico con su actuar negligente no habían identificado la enfermedad como un caso sospechoso o probable de dicha influenza, y por tal razón no le aplicaron la droga que necesitaba su hijo.

Como se dice en la historia clínica del paciente, era un paciente en estado crítico, y en ese estado se le debía dar un manejo integral. Concluyendo, se tiene que respecto del paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, se tenía conocimiento de sus antecedentes de un cuadro de dificultad respiratoria aguda entre otros, con inmunodepresión, además del linfoma de Hodgkin que tenía diagnosticado hace 12 años.

Afirma que el actuar de los entes demandados, por intermedio de su personal paramédico y médico, deja entrever de manera clara y evidente una actuación que no estuvo acorde con los protocolos de manejo de medicina general en el servicio de urgencias, además no se ajustó, enmarcó, ni estuvo acorde a los principios, parámetros y preceptos ético-científicos de la “Lex-Artis” de la práctica médica de medicina general en los servicios de urgencias, pues se actuó con el paciente de manera negligente, porque a pesar de conocerse sus antecedentes de salud, estos fueron ignorados.

2.2 LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.2.1 Contestación de la NUEVA EPS¹

Se opone a todas y cada una de las pretensiones de los demandantes ya que no existe fundamento jurídico o táctico alguno que pueda conllevar responsabilidad a NUEVA EPS en relación a los hechos que se indican en el libelo introductorio.

Obsérvese cómo en la demanda y en el material probatorio se demuestran hechos exculpantes para NUEVA EPS, en principio el cumplimiento de todas sus

¹ Folios 292 a 313 cuaderno principal No.1

obligaciones como EPS, sin que se hubiera presentado negación, demora, obstrucción a acceso al servicio médico, o alguna otra situación propia de su competencia como entidad promotora de salud, recordemos la autonomía de las EPS con las IPS, y más aún como en el caso concreto cuando NO EXISTE INTEGRACION VERTICAL, las actuaciones de la IPS y sus cuerpos médicos y de enfermería son independientes de cualquier actuación de la EPS a la que están adscritos.

En lo que respecta a las pretensiones de condena, no existe causa alguna que implique deber indemnizatorio por parte de Nueva EPS S.A. sin embargo, frente a una eventual condena de alguno de los demandados, hacen las siguientes consideraciones:

No están demostrados los perjuicios alegados, la cuantía solicitada desborda cualquier lógica; la actividad de la EPS demandada no es influyente en el resultado, ya que en ningún momento se opuso a hacer el tratamiento requerido, tampoco demoro, negó, desautorizó, procedimientos requeridos, por el contrario en la historia clínica aportada se demuestra como la EPS atendió todos y cada uno de los requerimientos de la paciente de manera oportuna y con criterio de calidad, cosa distinta es que el resultado no haya sido el esperado, pero debe tenerse en cuenta además, que la actividad medica no es desarrollada por la EPS por su misma naturaleza, sino por la IPS y el cuerpo médico que atendió al paciente, de donde hasta ahora se deducen excepciones que se desarrollaran más adelante como el hecho de tercero, lo que genera de plano ruptura del nexo causal por estos acontecimientos.

En cuanto a los daños materiales, el apoderado de los demandantes no hace el más mínimo análisis, respecto de su causación no presenta prueba alguna al respecto. Valga la pena desde ahora manifestar, que la cuantificación de la cuantía con las formulaciones presentadas en la demanda, no son prueba del daño, y dado que no está demostrado bajo ninguna circunstancia el daño alegado, ni el nexo causal entre el hecho y la actividad de la NUEVA EPS en la realización del mismo, no queda más que declarar la prosperidad e las excepciones que a continuación se plantean.

Propuso las siguientes excepciones: A) Inexistencia de daño indemnizable imputable a Nueva EPS. B) Cumplimiento cabal de las obligaciones de la Nueva EPS en su condición de asegurador. C) Inexistencia de responsabilidad. D) Inexistencia de falla en el servicio médico imputable a Nueva EPS e inexistencia de nexo causal entre la actividad de Nueva EPS y el resultado final. E) Ausencia de culpa y ruptura del nexo causal por hecho imputable de manera exclusiva a un tercero. F) Carencia absoluta de prueba de nexo causal entre la omisión endilgada a Nueva EPS y el daño alegado. G) Excepción Genérica.

2.2.2 Contestación de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz²

² Folios 318 -340 Cuaderno Principal No.2

La entidad se opone a las declaraciones y condenas, argumentando la falta de fundamento jurídico. Solicita la absolución y defiende que las acciones de la administración pública, incluyendo médicos y personal de salud, fueron legales. Pide que el demandante sea condenado en costas por no establecer un vínculo entre las acciones médicas y el daño causado. Además, señala que acusaciones carecen de fundamento y critica la falta de pruebas y evidencia en las acusaciones.

En el análisis de la historia clínica del paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, se determina lo siguiente:

1. El paciente ingresó con síntomas de neumonía bacteriana, respaldado por imágenes radiológicas que mostraron opacidades alveolares, indicativas de infección bacteriana.
2. El paciente tenía antecedentes de parálisis del músculo respiratorio debido a una parálisis del nervio frénico, lo que aumenta el riesgo de infecciones bacterianas.
3. Presentaba inmunosupresión debido a su enfermedad de Linfoma de Hodking, confirmada por resultados positivos en un examen de hemocultivo, indicando presencia de hongos en la sangre.

Concluye que estas tres condiciones contribuyeron a su estado de shock séptico bacteriano y micótico, siendo la causa principal de su fallecimiento, respaldado por el hemocultivo positivo. Aunque también tenía H1N1, esta no fue la causa de su muerte, ya que había sido vacunado contra la influenza antes de desarrollar la infección respiratoria.

En resumen, la entidad se defiende argumentando la falta de base legal en las acusaciones, y en el análisis médico se concluye que la muerte del paciente fue causada por una combinación de infecciones bacterianas y fúngicas, en lugar de la influenza H1N1.

Propuso como excepción:

Inexistencia de la obligación de indemnizar por no configurarse la mala praxis médica: La E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz niega responsabilidad por los daños reclamados por los demandantes por la muerte de Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal. La administración del hospital sostiene que los médicos no tienen una obligación de resultados, sino de proporcionar los medios adecuados para restaurar la salud, según la ciencia médica y las normas profesionales. Argumenta que la historia clínica de Erik Emmanuel es la prueba clave en el proceso, ya que detalla el proceder médico con precisión y es esencial para reconstruir los hechos en cuestión.

2.2.3 Contestación de la Previsora S.A. (Llamada en garantía)³

³ En la contestación de la demanda la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz, en el ejercicio de su derecho de defensa y en cumplimiento a lo previsto en el artículo 55 del Código de Procedimiento Civil, solicita sea llamada en Garantía a la compañía de Seguros LA PREVISORA S.A. en virtud a que la aseguradora está amparado el riesgo que se ocasione por responsabilidad civil a través de una póliza multiriesgo hospitalaria, la cual para la época de los hechos -agosto de 2009- se encontraba vigente, solicitud que fue aceptada mediante auto de fecha 26 de noviembre de 2013 (fl.550-551 del cuaderno del llamado en garantía).

La apoderada de la llamada en garantía se opone a las pretensiones del demandante y argumenta que carecen de base tanto en hechos como en leyes. Menciona que hay exoneración de responsabilidad debido a la inexistencia de obligación por parte de la E.S.E. y sostiene que la atención médica brindada al joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal se ajustó a protocolos médicos establecidos. Sostiene que no hay nexo causal entre el daño y la actuación de la entidad, ya que la historia clínica demuestra que el protocolo se siguió correctamente.

En relación al llamamiento en garantía, solicita considerar el deducible acordado en la póliza de responsabilidad civil extracontractual, y también hace referencia a la cobertura y exclusiones establecidas en dicho contrato.

Propuso las siguientes excepciones frente a la demanda:

Inexistencia de la obligación a cargo de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz en el caso particular: La atención proporcionada por la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz al paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal siguió alineamientos y protocolos estándar para eventos médicos similares. No se puede atribuir responsabilidad a la E.S.E HUEM, ya que no hay pruebas que respalden los requisitos actuales establecidos por el Consejo de Estado para la responsabilidad del Estado en la prestación de servicios médicos.

La responsabilidad surge de una prestación deficiente e irregular, que va en contra de las normas y protocolos médicos (Lex Artis). Basándose en la Historia Clínica, se evidencia que la E.S.E HUEM brindó servicios médicos y hospitalarios dentro de sus capacidades técnicas y siguiendo protocolos médicos, lo que descarta la imputación de responsabilidad por el evento en cuestión.

Ausencia de dolo o culpa grave del hospital universitario Erasmo Meoz: No obra en el acervo probatorio que en el actuar de la institución y de la intervención de los médicos tratantes se haya cometido alguna conducta reprochable a la E.S.E HUEM de Cúcuta. Los cargos que se hacen son hipotéticos sin ningún sustento médico-científico que determinen que efectivamente la causa de la muerte del paciente fue una mala práctica de los facultativos o la falla en la prestación del servicio médico por parte de institución.

Exceso en el pedimento de daños materiales, daños morales, a la vida de relación, perjuicio diferente al moral subjetivo, pérdida de oportunidad: El actor despliega toda una estructura de solicitud de indemnización por daños meramente enunciados y sin contenido claro, cuantificable ni probado.

- **DAÑOS MATERIALES:** La parte demandante busca tasar los perjuicios materiales basándose en ciertos criterios. Sin embargo, estos no son aplicables debido a la falta de responsabilidad por parte de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz. Además, no hay pruebas en la demanda ni en las pretensiones que respalden lo reclamado, lo que impide al operador de

justicia determinar la certeza de la reclamación. Según la legislación colombiana y jurisprudencia, el que alega daño y perjuicio debe probarlo, o de lo contrario, no procede la indemnización. Los perjuicios deben ser personales y concretos para calificar como tal. Esto implica que el perjuicio debe haber sido sufrido por la persona que lo reclama, respaldado por hechos, situaciones y circunstancias que lo demuestren. Si no se pueden identificar las circunstancias que caracterizan el perjuicio, no se puede establecer su carácter personal, lo cual es esencial para su existencia.

- **LOS DAÑOS MORALES:** Tanto la jurisprudencia como la doctrina admiten en que los perjuicios deben ser reparados en la medida en que sean ciertos. El reclamante es responsable de probar los perjuicios que realmente ha sufrido. En el caso de los daños morales, aunque se presume que los familiares cercanos los padecen, esta presunción puede ser refutada con pruebas. La jurisprudencia ha establecido un límite reconocido para los daños morales a los familiares más cercanos (cónyuges, padres e hijos), que asciende a 100 SMMLV. Por lo tanto, es desproporcionado que el demandante intente reclamar montos mayores a los legalmente y jurisprudencialmente aceptados.

Finalmente propone las siguientes excepciones de fondo al llamamiento:

Inexistencia de la obligación de la previsora S.A. en el caso particular conforme con el alcance del contrato de seguro no. 1005132 referenciada como aspecto basilar por parte de la ESE HUEM de Cúcuta: Señala que la vinculación de su poderdante debe circunscribirse a las relaciones substanciales que emanan del contrato individualizado con el No. 1005132 en la medida que de él se hace referencia en el escrito de llamamiento en garantía y solamente de él se arrojó prueba en los términos y condiciones establecidos en el CPC. Teniendo en cuenta que los accionantes han ejercido acción de reparación directa en virtud de los daños que eventualmente pudieran haberse producido y sufrido por la muerte de Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal (QEPD) amparados en la póliza No. 1005132. Es pertinente indicar a efectos de aclarar los términos que la póliza No. 1005132 a la cual se hace referencia en el escrito de llamamiento en garantía comercial y técnicamente hablando es una póliza de R.C CLINICAS Y HOSPITALES o como propiamente se señala en el encabezado de las condiciones generales (CODIGO DE FORMA RCP006-3) es una POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MEDICAS.

Consolidación del fenómeno prescriptivo conforme los lineamientos señalados en el código de Comercio: Transcurrieron más de dos (2) años desde que se produjo el siniestro sin haber vinculado a LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS es claro que se consolidó el fenómeno de la PRESCRIPCIÓN ORDINARIA y así debe ser declarado ante la presente solicitud por parte del operador judicial.

Operatividad de exclusiones consignadas en las condiciones generales frente a los amparos otorgados: De acuerdo con las normas de la Superintendencia

Financiera y el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, las exclusiones en la póliza están claramente indicadas en las Condiciones Generales y otros documentos adjuntos. El operador de justicia debe centrar su atención en las estipulaciones contractuales que son consideradas exclusiones y que fueron aceptadas sin modificaciones. Si en el proceso legal se demuestra que los hechos de la demanda están dentro de alguna de estas exclusiones, el juez debe reconocer la excepción planteada y la aseguradora no tendrá responsabilidad según el Contrato de Seguros.

Cumplimiento de las garantías establecidas en los contratos de seguro cuyo alcance es el determinado por el artículo 1061 del Código de Comercio a cargo del asegurado: El artículo 1061 del C.Co., señala el concepto de garantía e indica que la misma deberá cumplirse estrictamente. En los contratos de seguros objeto de este llamamiento en garantía se pueden observar la existencia de una serie de garantías las cuales son del resorte de cumplimiento de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y cuya carga probatoria en principio a ella le incumbe. En efecto en las cláusulas generales de la póliza No. 1005132 CONDICION SEGUNDA - GARANTIAS DEL ASEGURADO se pactaron una serie de aspectos que debe desarrollar el asegurado bajo el compromiso y entendido que la aseguradora otorga la cobertura siempre y cuando aquel las cumpla. Sobre este aspecto el operador de justicia debe centrar su atención a efectos de que pueda determinar si el asegurado ha cumplido para con el asegurador dichos aspectos de tal manera que si se evidencia el no cumplimiento de los mismos debe el operador de justicia proceder conforme con el mandato contenido en el último inciso del precepto contenido en el artículo 1061 del C. Co.

Cumplimiento de la condición séptima de las condiciones generales. - obligaciones del asegurado en caso de un acontecimiento adverso: En las cláusulas generales del contrato de seguro de RC No. 1005132 claramente aceptadas por el asegurado se estipulan garantías adicionales a las ya contempladas en la CONDICION SEGUNDA. Aquellas encuentran su génesis en las condiciones SEPTIMA y OCTAVA en los términos del art. 1061 del Código de Comercio que deben ser cumplidas a cabalidad para obtener respaldo el asegurado -Tomador por parte del Asegurador.

Así mismo, dispuso de argumentos que modulan la pretensión de la ESE HUEM con el llamamiento en garantía y que corresponde a: Obligación de reembolso de la previsora frente a la ESE HUEM de Cúcuta; El valor asegurado como límite máximo de responsabilidad de la Previsora frente a la ESE HUEM de Cúcuta; Existencia de un sublímite para el concepto de daños morales; Deducible pactado en la póliza que llegare a ser afectada con la decisión y que no pueden ser otras que aquellas con base en las cuales la ESE HUEM de Cúcuta efectuó el llamamiento en garantía; Excepción de disponibilidad del valor asegurado y Las demás que resulten probadas.

2.2.4 Contestación de DUMIAN MEDICAL S.A. (Llamada en garantía).

Se opone a todas y cada una de las pretensiones. Solicita que se denieguen y en su lugar, se condene en costas a la parte demandante por considerarlas infundadas, por no existir causa, ni nexo causal, ni culpa ni falla presunta o daño antijurídico, no hay obligación alguna pendiente por parte de Dumian Medical S.A. Sostiene que se opone a todas y cada uno de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a esta entidad, con ocasión de la demanda que promoviera el señor Sixto Tulio Peñaranda y demás familiares.

Alega que las condiciones de salud del paciente, que se refieren en el escrito de la demanda no tuvieron su origen en esta Institución Prestadora del Servicios de Salud ni mucho menos en la conducta Profesional Médica del personal de Dumian Medical, pues se le prestaron los servicios asistenciales de manera adecuada, oportuna, eficiente, correcta, acertada e idónea por la ciencia médica actual, se cumplieron todos los protocolos y/o procedimientos esperados habiéndole realizado al paciente la atención médica integral necesaria a través del servicio de salud que requería con lo cual indica que la patología de base del paciente no tuvo su origen en la conducta profesional del personal de la institución; al contrario, esta se viene a presentar a raíz de su estado de salud que mostraba al momento de su ingreso previamente a otras IPS, donde le brindaron la atención respectiva de acuerdo al diagnóstico y/o conducta medica que venían mostrando y con el cual fue referido a la unidad.

Propuso como excepciones:

Falta de Jurisdicción y Competencia: El paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal estaba asegurado bajo la responsabilidad de la NUEVA EPS S.A, encargada de pagar los servicios médicos según las normas. El artículo 168 de la Ley 100 de 1993 establece que todas las entidades de salud deben brindar atención de urgencias a todas las personas sin importar su capacidad de pago. La atención inicial de urgencias debe ser prestada por entidades públicas y privadas sin necesidad de contrato o autorización previa, y los costos son cubiertos por el Fondo de Solidaridad y Garantía o la entidad responsable de los pagos de servicios de salud. Dumian Medical S.A. proporcionó atención de cuidados intensivos e intermedios al paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal según las regulaciones y leyes vigentes. La calidad de la atención médica se cumplió de acuerdo a lo establecido en las normativas, con el objetivo de estabilizar y mejorar la calidad de vida del paciente.

Señala que la jurisdicción competente para resolver los conflictos relacionados con la prestación de servicios médicos es la Jurisdicción Ordinaria, específicamente la Jurisdicción Laboral y de Seguridad Social, según lo establecido en el Código Procesal del Trabajo y otras leyes pertinentes. Conforme a la Ley 1564 de 2012, solicita que el proceso sea remitido a los jueces civiles competentes debido a la naturaleza de la controversia médica, de acuerdo con el artículo 625, numeral 8 del Código General del Proceso. En resumen, se defiende que la atención médica

brindada cumplió con las regulaciones y leyes, y se solicita que el proceso sea remitido a la jurisdicción civil por la naturaleza del asunto.

Falta de legitimación en la causa por pasiva: DUMIAN MEDICAL S.A.S celebró un Contrato de Asociación de riesgo compartido con la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz en septiembre de 2007 para operar la unidad de cuidados intensivos e intermedios, incluyendo servicios como farmacia, radiografías, análisis de gases, etc., para los usuarios del Departamento de Norte de Santander. Si el paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal necesitaba un tratamiento diferente, la E.S.E HUEM debía proporcionarlo según el contrato.

Si no podían hacerlo, debía ser autorizado por la NUEVA EPS S.A, a la que el paciente estaba afiliado. La legitimación es la capacidad legal para ser demandado y responder por daños. El llamamiento en garantía de la ESE HUEM no es apropiado ya que DUMIAN MEDICAL S.A.S estaba manejando al paciente según el contrato de asociación. La institución solo es responsable de los procedimientos y tratamientos realizados en su unidad. Cualquier otro tratamiento realizado por otras instituciones debe ser aclarado por ellas.

Inexistencia de la obligación: Dumian Medical S.A.S proporcionó al señor Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal procedimientos y tratamientos de la unidad de cuidados intensivos de manera oportuna y acertada según su grave estado de salud al ingreso. Su personal médico especializado tomó medidas necesarias para mejorar su condición, evidenciado en la historia clínica. DUMIAN MEDICAL brindó servicios de salud con calidad, cumpliendo procedimientos y protocolos médicos. Solicita que la excepción sea probada o que se nieguen las peticiones de la demanda por falta de fundamento.

Causa extraña o caso fortuito: En el presente caso, la relación entre la conducta médica y la salud del paciente es interrumpida por un caso fortuito, que escapa a la previsión y control humano, como lo define la inevitabilidad. La ciencia médica también tiene limitaciones y algunas complicaciones no son atribuibles al médico sino a factores imprevisibles. La presencia de una patología compleja, fuera del control médico, puede superar el manejo médico implementado. Estas circunstancias de atribución corresponden a la patología de base del paciente y no a la atención médica. Por lo tanto, el personal médico y la institución de salud están libres de responsabilidad, ya que se tomaron medidas adecuadas para tratar la patología compleja. Sin embargo, el paciente no respondió al tratamiento y su mecanismo inmunológico no fue receptivo, lo que llevó a su fallecimiento.

Cumplimiento de una obligación de medios y no de resultado en función de los criterios generales de valoración probatoria (art. 140, CGP): En este caso, no hay evidencia de un proceder negligente o imprudente por parte del personal médico en la atención en cuestión. La pericia médica confirma que se siguió un diagnóstico médico adecuado para mejorar la salud del paciente, utilizando técnicas respaldadas por la ciencia y documentadas en la historia clínica. Aunque se exige un estándar más alto para médicos altamente especializados, surgieron dudas sobre si esa mayor exigencia debe aplicarse a todos los aspectos relacionados con la

intervención médica. La cuestión es más compleja en áreas médicas donde los riesgos son graves y el equilibrio entre el riesgo inherente y el beneficio para el paciente es delicado.

El riesgo inherente a la enfermedad y a la terapia es asumido por el paciente, y se concluye que la patología sufrida por el paciente no fue culpa del médico interviniente, a pesar de términos legales como "impericia" o "negligencia". Se reconoce que el médico no siempre puede informar al paciente sobre todos los riesgos debido a la angustia y la situación de inferioridad del enfermo. Además, el incumplimiento del deber en relación con los riesgos del acto médico excluye que esos riesgos puedan ser considerados como consecuencia de una conducta culposa, a menos que medie negligencia, imprudencia o impericia. En general, se trata de riesgos médicos con complicaciones que pueden ocurrir sin culpa.

Diligencia y cuidado: Según la historia clínica, se llevaron a cabo procedimientos y protocolos médicos adecuados basados en razones científicas y en el diagnóstico médico previsto para el estado grave de salud del paciente. No hubo demora en los procedimientos, y se realizó una planificación adecuada acorde con el tratamiento necesario para la patología. Sostiene que ningún procedimiento médico está exento de riesgos. La institución hospitalaria estaba capacitada y autorizada para manejar la situación médica del paciente, contando con un equipo profesional y condiciones adecuadas. Indica que no hubo falla en la prestación del servicio médico ni omisión.

Rechaza la relación de causalidad entre la conducta del equipo médico y el evento clínico, afirmando que no hay culpa en ninguna de sus formas y que no hubo impericia, negligencia ni imprudencia. Enfatiza en la idoneidad del personal médico y en el cumplimiento de procedimientos y protocolos. Aduce que, debido a la naturaleza imprevisible de los resultados de los procedimientos médicos y a las características individuales de cada paciente, los resultados no siempre pueden ser predecibles, aunque se sigan los tratamientos adecuados y basados en evidencia. Concluye que los procedimientos médicos son un medio, no un resultado, y que los profesionales médicos actuaron diligentemente y dentro de los lineamientos esperados. En resumen, se defiende la actuación del equipo médico y se sostiene que no hay base para imputarles responsabilidad en el desenlace del paciente debido a las circunstancias imprevisibles inherentes a la medicina.

La inexistencia de la relación de causa a efecto entre los actos de carácter institucional y los actos del equipo sobre las complicaciones del paciente en el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta médica y el resultado de la salud del paciente, se ve interrumpida por circunstancias ajenas a la voluntad de DUMIAN Medical S.A.S que atendieron el caso, y de los médicos generales y especialistas tratantes, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye la inevitabilidad: Arguye que la ciencia médica tiene limitaciones y en el tratamiento de enfermedades siempre hay un área impredecible que restringe la responsabilidad. El fracaso del tratamiento puede deberse al agravamiento del estado de salud del paciente, considerado como contingencias aleatorias del curso de la enfermedad, irreprochables para los médicos y la institución si se cumplen condiciones de imprevisibilidad o

inevitabilidad. Argumenta que no hay causalidad entre la enfermedad y la atención médica, y los factores atribuidos a la patología de base del paciente. Esta patología es inherente y no pudo ser superada a pesar de las medidas tomadas. Señala que la patología recibió el manejo protocolario y adecuado.

Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley por cumplimiento de obligación de medio: Precisa que aunque se ha establecido un estándar más alto para médicos altamente especializados, surgen dudas sobre si esa exigencia se aplica a todos los aspectos relacionados con la intervención en áreas especializadas. Es claro que la mayor exigencia se aplica al resultado de complicaciones conocidas al ingreso, pero no es tan simple en otros aspectos terapéuticos en casos científicamente comprobados. En el campo médico, los riesgos son graves y el equilibrio entre el riesgo inherente y el beneficio para el paciente es delicado. El incumplimiento del deber respecto a los riesgos médicos descarta que esos riesgos sean considerados como parte de una acción culposa, a menos que haya negligencia, imprudencia o impericia involucrados. En general, estos son riesgos médicos con resultados inciertos inherentes a la patología del paciente.

Exoneración de responsabilidad por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado: El equipo médico de la IPS atendió al paciente siguiendo los lineamientos de la técnica médica aceptada para su diagnóstico y tratamiento en ese momento. El personal médico y asistencial actuó de manera oportuna y diligente, siguiendo las pautas esperadas. La medicina no es precisa y los resultados de los procedimientos médicos, aunque esperados, nunca son predecibles. Ningún médico, por más experto que sea, puede garantizar un resultado 100% satisfactorio antes de la intervención o el tratamiento, ya que las características individuales del paciente y las circunstancias imprevisibles pueden influir en el resultado, a pesar de haber aplicado tratamientos basados en evidencias.

Inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad: No existe relación de causalidad entre la conducta del equipo médico y el evento de la patología presente en el paciente, que nos lleve a hacer la imputación jurídica. Tampoco se puede predicar relación de causalidad entre la labor que cumplieron la institución prestadora de salud y el evento presentado en el paciente, que según la literatura científica mundial es de difícil detección, luego tampoco se puede hacer imputación jurídica en cabeza de esa institución hospitalaria.

2.3 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

2.3.1 Alegatos de la parte demandante

El apoderado de la parte demandante reitera las pretensiones de responsabilidad contra la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz y la NUEVA EPS debido a la falta de cumplimiento de protocolos adecuados en el tratamiento médico del paciente Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, lo que resultó en su fallecimiento.

Argumenta que hubo ausencia de estándares profesionales y diligencia en la atención médica para el paciente que presentaba problemas respiratorios graves y otras afecciones. Sostiene que el tratamiento en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) fue tardío, lo que constituye una falla médica y justifica las demandas de indemnización. Se destaca que, incluso en casos terminales, se espera una atención diligente para mejorar la calidad de vida del paciente durante su tiempo restante.

2.3.2 Alegatos de la Aseguradora La Previsora S.A.

La apoderada de la aseguradora La previsora S.A. refiere en sus alegatos finales que la ESE HUEM actuó conforme a los protocolos de atención y brindó recursos adecuados durante la estancia del paciente. Se observa que los documentos presentados por la parte demandante, como registros civiles y solicitudes de información médica, no prueban una falla en el servicio o negligencia del hospital. Además, no se proporcionó evidencia pericial o testimonial que respalde la acusación de negligencia médica. La falta de pruebas sólidas imposibilita demostrar la responsabilidad de la ESE HUEM. Hace mención a la relación contractual entre la ESE HUEM y la Previsora S.A para el caso de indemnización.

2.3.3 Alegatos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz

La apoderada de la ESE HUEM presentó alegatos de conclusión ratificándose en las razones expuestas en la contestación de la demanda. Manifiesta la rotunda negación respecto a la responsabilidad administrativa que se pretende endilgar a la institución que representa, no existiendo nexo de causalidad entre lo que se pretende y la legalidad de lo actuado.

Considera que conforme a la historia clínica se observa que al joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal, se le brindó la atención requerida y con oportunidad de acuerdo a las patologías que presentaba a su ingreso. Concluye que las decisiones tomadas por los galenos y especialistas que atendieron al joven Erik, durante la realización de los procedimientos diagnósticos y el tiempo que permaneció en la ESE HUEM, a la vista de lo consignado en la historia clínica y los actos practicados de acuerdo a la LEX ARTIS, es la adecuada; por consiguiente, la actuación de la ESE se mantuvo en los márgenes del estándar del servicio.

2.3.4 Alegatos de Dumian Medical S.A.S.

Reitera lo expresado en la contestación de la demanda, DUMIAN MEDICAL SAS prestó al paciente el servicio de salud realizándole el tratamiento y las ayudas diagnósticas de forma oportuna, idónea, rápida y acertada ante el diagnóstico clínico que presenta al momento de su ingreso, colocando a disposición el personal asistencias especializado asignado por DUMIAN a la UCI y tomando las medidas necesarias para restablecer y mejorar su estado de salud, tal como se evidencia en la historia clínica durante su estancia en la unidad y como lo ratifica el dictamen pericial. Concluye que no existe causalidad entre la patología y la atención medica asistencial y el proceder de los demandados, debemos entonces orientar nuestra

atención a identificar que dichos factores de atribución corresponden a la patología de base que presentaba el paciente.

2.3.5. Alegatos de la NUEVA EPS

El apoderado de la NUEVA EPS reitera sus argumentos de defensa. Destaca la falta de pruebas que demuestren una omisión imputable a la entidad en relación con la falla alegada por los demandantes. No hay evidencia de omisión en el trámite de autorizaciones ni pruebas que respalden el supuesto daño moral. Se resalta que la NUEVA EPS cumplió sus obligaciones procesales y actuó de acuerdo con el principio de lealtad procesal. Agrega que no existe un nexo causal evidente entre la supuesta omisión de la NUEVA EPS y el daño alegado, ya que las consecuencias médicas del paciente fueron causadas por diversas patologías de base, incluido el linfoma hodgkin, un trasplante de médula ósea y la patología H1N1, que exacerbó sus condiciones de salud.

3. CONSIDERACIONES

3.1 DE LA COMPETENCIA

Este Juzgado es competente para conocer del presente asunto, en razón de la naturaleza del asunto y la cuantía, como quiera que se trata de una acción de Reparación Directa, incoada contra de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Erasmo Meoz y la NUEVA EPS, cuya cuantía no excedía los 500 salarios mínimos legales mensuales, de conformidad con el numeral 6° del artículo 134B del Código Contencioso Administrativo. Se ha de indicar que en el evento de la referencia si se cuenta con jurisdicción, en la medida que las demandadas iniciales hacen parte de aquellas que desde el punto de vista orgánico son competencia de la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

3.2 EXCEPCIONES PROPUESTAS

3.2.1 De la caducidad de la acción

El Juzgado encuentra que se cumplieron los presupuestos procesales de la acción de Reparación Directa incoada, dado que se interpuso en término de dos años contados a partir del surgimiento del daño, es decir, de la muerte del joven Erik Emmanuel Peñaranda el 11 de agosto de 2009 y teniendo en cuenta que la solicitud de Conciliación Extrajudicial se realizó el 2 de agosto de 2011 declarándose fallida el 24 de octubre de 2011 y la demanda se presentó 27 de octubre de 2011, se entiende que fue impetrada en término, en concordancia con el numeral 8 del artículo 136 del C.C.A.

3.2.2 Falta de legitimación en la causa por pasiva

Teniendo en cuenta que nos encontramos en la decisión de fondo de la controversia y la excepción planteada por Dumian Medical, el Despacho estima que en el fondo de la decisión se indicará si existe legitimación material frente a este, pues de lo

revisado inicialmente si cuenta con legitimación formal que lo vincula a las resultas del proceso por lo que la excepción debe negarse.

3.3 EL PROBLEMA JURÍDICO

Para el Despacho los problemas jurídicos que se formulan son los siguientes:

- ¿Debe declararse a la E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ y a la NUEVA EPS, responsables administrativamente y patrimonialmente de los daños causados, a los demandantes con motivo de la muerte de Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal el día 11 de agosto de 2009 por la prestación deficiente y negligente del servicio público estatal de salud, como consecuencia de la protuberante falla en el servicio médico en que incurrieron las demandadas, tal como lo sostiene la parte actora; o si por el contrario no hay lugar a tal declaración en la medida que la actuación de los integrantes del servicio de salud es de medios y no de resultados.
- ¿En caso de acceder a las súplicas de la demanda se debe proceder al pago de las indemnizaciones a las que haya lugar e imponer las mismas en cabeza de las llamadas en garantía?

3.4 HECHOS PROBADOS

Del material probatorio arrimado al proceso se pudo constatar que los demandantes con respecto al joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal tienen el siguiente parentesco:

Nombre del Demandante	Calidad	Prueba
Gladys Yamire Carvajal Melano	Madre	Registro civil de nacimiento (fl.61 PDF01; fl.58 C.Ppal.No.1)
Sixto Tulio Peñaranda Carrascal	Padre	Registro civil de nacimiento (fl.61 PDF01; fl.58 C.Ppal.No.1)
Nelly Carrascal	Abuela	Registro civil de nacimiento (fl.63 PDF01; fl.59 C.Ppal.No.1)
Eliseo Carvajal Durán	Abuelo	Registro civil de nacimiento (fl.65 PDF01; fl.60 C.Ppal.No.1)
Jurley Dayana Peñaranda Carvajal	hermana	Registro civil de nacimiento (fl.67 PDF01; fl.61 C.Ppal.No.1)

De acuerdo con la información aportada, el Despacho ingresa en el estudio de las historias clínicas traídas al asunto de la referencia frente al paciente por el cual se reclama en esta oportunidad la indemnización de perjuicios, de la siguiente manera:

El joven Erick Emmanuel Peñaranda fue atendido el 03 de agosto de 2009 por consulta externa médica y en dicha oportunidad se emite como impresión

diagnóstica faringitis aguda, no especificada y se asigna tratamiento (fl.13-14 PDF06; fl.12-13 C. Prueba Historia clínica).

Historia clínica de la Clínica Universitaria⁴:

El joven Erick Emmanuel Peñaranda Carvajal el 06 de agosto de 2009 ingresa a sala de urgencias del Hospital Erasmo Meoz con 3 días de evolución con tos seca, fiebre, dificultad respiratoria, siéndole dado como diagnóstico de ingreso dificultad respiratoria moderada severa e infección respiratoria aguda, iniciando manejo con antibiótico, líquidos (LEV) y oxígeno (O₂). Se indican como antecedentes parálisis diafragmática, linfoma de Hodgkin con tratamiento con quimioterapia, trasplante médula ósea y otras que resultan ilegibles, con un estado de consciencia alerta - disneico.

En atención dada el 06 de agosto de 2009 (12:30) se indica que el paciente satura 98% con O₂ del 50% a quien se deja en observación por riesgo de desaturación, se ordenan exámenes de laboratorio, RX Tórax y según evolución clínica; (19:50) paciente hemodinámicamente estable y se diagnostica NAC III y Linfoma Hodgkin. De igual manera recibe atención médica en dos oportunidades el 07 de agosto siguiente por parte del médico de turno sin cambios.

En la atención médica brindada el 08 de agosto de 2009, se relata en la historia clínica que se trata de paciente en malas condiciones generales con marcada dificultad respiratoria 84%, hiperventilación bibasar, ordenándose interconsulta con ICU, antibioticoterapia y otra (ilegible).

Ahora, por encontrarse con mayor amplitud la información de las notas de enfermería se traen de forma resumida y en lo relevante a continuación:

Fecha	Notas de enfermería
06/08/2009 12:20	Ingresa paciente al servicio de urgencias trasladado por la Dra. Gualdrón quien ordena colocar O ₂ , se cumple la orden. Spo ₂ 78%. Se ordena traslado a reanimación, se ubica en camilla se le coloca oxígeno por ventury al 50%
12:40	Spo ₂ 91%
12:50	Paciente valorado por la Dra Gualdrón quien deja órdenes médicas
13:00	Queda paciente en sala de reanimación, orientado, con O ₂ por Ventury al 50%
13:00	Recibe paciente en la unidad de reanimación acostado, tranquilo afebril consciente con O ₂ por Ventury al 50% en compañía de su familiar. Dx dificultad respiratoria moderada severa + metástasis pulmonar??
20:00	Paciente valorado por el Dr. Escobar quien ordena hospitalizar se administra tratamiento se controlan signos se ubica paciente en sala séptica.
22:45	Paciente es trasladado al 4to piso habitación 450, en silla de ruedas,

⁴ Ver folios 168-179 PDF06 expediente digital; folio 157-162 Cuaderno prueba "historia clínica Erick Manuel Peñaranda Carvajal"

	consciente, orientado, tranquilo, acompañado por camillero, con Dx NAC III, linfoma Hodkin, oxígeno por ventury al 50%. Se toman hemocultivos, cultivo de esputo. Manejo por medicina interna y se inician terapias respiratorias
07/08/2009 02:00, 03:00 y 04:00 07:00 08:00 09:00 10:00, 12:00 y 13:00 14:00 16:00 18:00 19:00	Paciente dormido Quedó paciente en unidad consciente orientado afebril alerta, pasó buen turno. Se recibe paciente con tensión alta Se toman SV y se grafican, recibe dieta y tolera. Paciente tiene =39°C. paciente se baña y se controla con medios físicos. Se administra el tratamiento ordenado. Se observa paciente tranquilo en compañía de familiar. Paciente tranquilo refiere un poco de tos. Paciente tranquilo al que se le administra tratamiento Paciente refiere nuevamente y se controla con medios físicos (no hay más información) Paciente refiere sentir un poco de ahogo y se baja un poco el O2. Paciente se observa en habitación tranquilo en compañía de familiar. Presenta nuevamente T=37 y se pide al medico valorar Queda paciente en unidad, consciente, con LEV, con O2 por Ventury al 50% en compañía del familiar
08/08/2009 00:00 y 02:00 03:00 04:00 07:00 08:00 08:30 09:00 10:00 10:15	Se observa paciente dormido, tranquilo, aparentemente en compañía de familiar Se terminan 500cc de SSN a 80CC/h y se continúa con igual LEV ordenado Se controlan signos vitales y se grafican, se administra tratamiento, paciente tranquilo aparente. Paciente en unidad, despierto, afebril, consciente con buen patrón respiratorio, paciente con oxígeno por Ventury al 50% paciente con LEV SSN a 80cc/h P/VI x Rx tomado anoche, paciente pasó buen turno. Control de signos vitales se grafican, paciente en malas condiciones, taquicárdico, informa al jefe y medicina para valoración. Paciente ingiere dieta, tolera, despierto. Se cambian sabanas de la unidad. Paciente refiere que esta cansado de la mascara de Ventury; se deja sentado en silla Paciente es valorado por el Dr (ilegible) ordena hidrocortisona, (ilegible) morfina aplicar llevado a 10cc (ilegible), tener laboratorios, gases arteriales. Jefe de turno toma muestra de sangre para gases (ilegible) y laboratorios ordenados; se administra tratamiento ordenado 2 puf beclometasona inhalado (ilegible) saturación 84%; paciente hace deposición blanda.

10:30	Se aplica 1cc de morfina IV ordenada; se coloca oxígeno Ventury al 100% manguera corrugada + mascara por orden del Dr. (ilegible). Dr hace formato para interconsulta con UCI.
11:00	Saturación 93%, dormido, se trae resultados de laboratorio.
11:40	Paciente es valorado por la Dra Zulma intensivista de UCI Dumian acompañado de Dr Mendoza, valora RX de tórax y laboratorios; refieren que no hay disponibilidad de UCI en Dumian; ordenan repetir gases arteriales, nuevas órdenes médicas y trasladar a UCI otra institución.
11:45	Jefe de turno toma muestra de sangre para gases arteriales
12:00	Se realiza MNB ordenadas, se administra tratamiento ordenado (restante ilegible)
12:45	Ingiere dieta ordenada, tolera.
13:00	Queda paciente en unidad despierto consciente, orientado en compañía de familiar, con oxígeno Ventury al 50% saturando 93%, LEV SSN a 80cc/hora en antebrazo derecho tercio distal cara interna; paciente en regulares condiciones de salud, eliminó espontaneo e hizo deposición en la mañana, pendiente traslado a UCI otra institución. Pendiente TAC Tórax.
13:00	Recibo paciente en la unidad acostado en cama en regulares condiciones generales despierto orientado en compañía de familiar con O2 x Ventury al 50% saturando a 90% con LEV SSN a 80cc/h en antebrazo derecho tercio distal cara anterior. (p) trasladar a UCI (p) TAC de tórax
14:00	Usuario en la unidad continua en regulares condiciones generales (p) traslado UCI
16:00	CSO TA 120/60mmhg FC80x T=36 OCR=22 saturando Spo2 89% con O2 Ventury a 50% se administra (ilegible) cc de morfina IV.
15:50	La jefe de urgencias llama a la UCI de la Santa Ana y responde la Jefe Silvia que no hay cama disponible UCI, se intenta a la UCI Médico Qx y Duamian pero no hay disponibilidad (p) Rep del CRUE para disponibilidad de UCI
17:00	Se anexa en la Hcl el reporte del CRUE donde se verifica que no hay cama disponible en UCI
18:00	Se administra tratamiento (ilegible)
19:00	Entrego usuario en la unidad acostado en cama despierto con LEV SSN 80cc/h con O2 x Ventury al 50%. Spo2 80% elimina esputo en pisingo 580cc (-) disposición (p) traslado UCI hasta haber disponibilidad de cama (p) Tac tórax.
19:00	Recibo paciente en la unidad consciente, intranquilo, sentado con dificultad respiratoria con DX NAC, Dx dificultad respiratoria, Linfoma de Hosking (sic) con LEV pasando SSN 80cc/h con O2 por Ventury al 100%, saturando 80%. (p) traslado UCI (p) Tac Tórax.
19:20	Dr. Stand valora paciente, ordena iniciar 3 nnb (ilegible) 12 gotas + 3 cc SSN, 3 cada 15 minutos, paciente saturando 80%, FC 125
19:45	Paciente en malas condiciones generales saturando 75%
20:15	Paciente presenta vómito y fiebre dolor en la boca del estómago se informa al Dr. Stand la cual ordena ranitidina 50mg y metoclopramida

08:40 p.m.	10mg IV ahora, se cumplen las órdenes
08:45 p.m.	Paciente saturando 74%
08:50 p.m.	Dr. Stand decide hablar con personal médico de UCI Dumian la cual valora paciente y se decide trasladar a urgencias adultos.
08:55 p.m.	Se traslada paciente para urgencias adultos en camilla con O2 Ventury 100%. Saturando 52%, FC=140 FR=33. Compañía de auxiliar y médico de turno personal de UCI, con LEV en MS Izquierdo permeables. La jefe llama para pedir disponibilidad en UCI HUEM
09:20 p.m.	Se pasa paciente a sala de reanimación se monitoriza el Dr. Ernesto Mendoza médico General de UCI quien entuba al paciente, previa sedación con Bercuronio Fentanil y Midazonal, se pasan 2000 cc SSN C9% a goteo rápido, se coloca sonda vesical. Signos vitales TA 142/80, pulso 87x saturación 67%, se continúa dando ambu SO2 84%
09:30 p.m.	Se solicita ambulancia medicalizada al HUEM mediante el CRUE quien informa que deben solicitarla al SIAU e informar al servicio de urgencias del HUEM. La jefe Ingri del servicio de urgencias de la clínica llama al servicio de urgencias del hospital e informa, se toman gases arteriales.
10:00 p.m.	Se toman signos del paciente TA 137/82, pulso 96, SO2 92% paciente intranquilo se administra 3mg de midazolam.
10:20 p.m.	Paciente hemodinámicamente estable, se informa a la familia las condiciones de paciente y el traslado para la UCI del HUEM, se solicita pañales desechables.
10:25	Signos vitales TA 153/85, pulso 91, SO2 94% paciente bajo sedación. Se coloca pañal desechable se pasa a la camilla de traslado para el HUEM con signos vitales 145/85, pulso 86X, SO2 94% se traslada paciente en compañía de médico y auxiliar de la ambulancia medicalizada de HUEM.

Historia clínica de la ESE HUEM – Unidad de Cuidados Intensivos:

Fecha / Aparte de la historia clínica	Consignaciones (fl.2-6 PDF10)
09/08/2009 Consolidado de evoluciones	00:57 Paciente remitido del servicio de urgencias de la Clínica Universitaria de Norte de Santander, presenta cuadro de dificultad respiratoria marcada, tos seca, fiebre, diaforesis, vómito, no hay referencia de otros síntomas, el paciente ingresa a falla respiratoria severa por lo cual realizan intubación orotraqueal y posteriormente es trasladado a UCI para soporte ventilatorio y manejo integral de paciente en estado crítico. 10:41 Edema general moderado 10:43 paciente en R-4, RX congestiva, se realiza terapia respiratoria, vibración, aceleración de flujo, drenaje postural, higiene bronquial y bucal, secreciones mucopurulentas en cantidad moderada, sin complicaciones 10:56 paciente en muy malas condiciones generales con requerimientos de medicación vasopresora dada por dopamina con respuesta regular y respuesta cronotrópica normal, acoplado

	<p>con el ventilador mecánico pero manejando elevadas presiones pico, marcado compromiso de la oxigenación y de la ventilación, en alcalosis metabólica compensatoria, las placas de toras muestran marcada ocupación del hemitórax izquierdo hasta $\frac{3}{4}$ partes con apariencia de asa intestinales, se aprecia atelectasia basal derecha con desplazamiento del mediastino ipsilateral, sin neumotórax. Ruidos disminuidos en base derecho y ausentes en $\frac{2}{3}$ inferiores de hemitórax izquierdo. Diuresis se conserva normal con pruebas de función renal sin alteraciones, sodio normal, potasio normal, pruebas de coagulación con TP normal y TPT prolongado. No leucocitosis el día de hoy. No picos febriles, Hb normal en 13.0 y HCT 38.9. las glucometrías se aprecian en el límite de 200, no se iniciará insulina hasta no superar este límite por cuadro de estrés.</p> <p>ANALISIS: paciente en malas condiciones generales con pronostico reservado dada su pobre reserva funcional pulmonar y su baja respuesta al manejo de la vía aérea y al soporte ventilatorio. Continúan los manejos según los objetivos UCI solicitamos TAC tórax ARA complementar con el estudio de su patología pulmonar. Probable recidiva tumoral.</p> <p>Dx NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA e INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.</p> <p>17:13 paciente en muy malas condiciones generales con insuficiencia respiratoria severa con tendencia a la desaturación, pendiente de tomar TAC de tórax para aclarar los hallazgos de las imágenes radiográficas</p> <p>Dx NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA e INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</p> <p>22:28 Dx 1 insuficiencia respiratoria aguda. 2 neumonía multilobar. 3 parálisis de hemidiafragma izquierdo. 4 linfoma no Hodgkin por antecedente médico con trasplante de médula ósea en 2007. Paciente con altos parámetros respiratorios mantiene bajos índices de oxigenación. Estabilizado hemodinámicamente con soporte ventilatorio bajo SIRS no modulada de foco pulmonar.</p>
<p>10/08/2009 Consolidado de evoluciones</p>	<p>12:05 paciente se lleva a TAC de tórax sin complicaciones continúa en VM</p> <p>12:27 paciente en malas condiciones clínicas, diagnósticos emitidos, neurológicos con sedoanalgesia, no valorable hemodinámico, con peep elevado, con bajas saturaciones e índices de oxigenación bajos, tórax asimétrico hipoexpansible disminución del MR Bibasal. En hemitórax izquierdo se auscultan ruidos intestinales.</p> <p>Paciente con antecedentes de linfoma de hodkin, diagnosticado hace 12 años, tratado con QT+RT y hace 2 años con trasplante de médula ósea, además con diagnóstico de parálisis diafragmática izquierda y hace un año toracotomía por hemo neumotórax izquierdo por traumatismo torácico (ACC MOTO) actualmente con trastorno restrictivo por parálisis diafragmática izquierda. Tomográficamente hay derrame pleural bilateral e infiltrados pulmonares + consolidación tipo neumónico en hemitórax derecho, con altos parámetros ventilatorios, mantiene bajos índices de oxigenación. Estabilizado hemodinámicamente con soporte vasopresor bajo. Sepsis no modulada de foco pulmonar.</p>

	<p>Se ordena como plan soporte en UCI, continuar igual manejo, valoración por oncología y por cirugía de tórax.</p> <p>16:00. Paciente en mal estado con disfunción pulmonar severa con restricción pulmonar, dependiente de altos parámetros ventilatorios, es valorado por cirugía de tórax que considera estudio para confirmar posible hernia diafragmática y programa turno para toracosopia.</p> <p>Dx. DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE CON COMA</p> <p>Dx HIPEROSMOLARIAD E HIPERNATREMIA</p> <p>Dx HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)</p> <p>Dx NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA</p>
10/08/2009 Coordinación de laboratorio	<p>La muestra tomada al joven Erick Peñaranda para la realización de hemocultivo BACT/Alert 3D sale positivo para levaduras.</p>
11/08/2009 Consolidado de evoluciones	<p>11:32 Paciente que ingresó a esta UCI en estado postreanimación, intubado, coportado con ventilación artificial, paciente con antecedente de linfoma de Hodgkin, diagnosticado hace 12 años, se hacen consignaciones similares a las anteriores y en adición se indica que mantiene bajos índices de oxigenación. Inestabilidad hemodinámica con soporte vasopresor alto, a pesar de lo cual persiste hipotenso, sin respuesta. Sepsis no modulada de foco pulmonar.</p> <p>Plan: soporte UCI mantener vasopresores. Se informa a familiares sobre estado grave del paciente, notificación del caso a epidemiología</p> <p>12:34: Plan: soporte en UCI mantener vasopresores. Se informó a familiares sobre estado grave del paciente en vista que el paciente fue vacunado (ANI-INFLUENZA) 2 días antes de enfermedad actual, en el contexto de paciente inmunocomprometido por enfermedad de base. Se notifica el caso a epidemiología.</p> <p>15:01 Paciente en mal estado general con disfunción pulmonar severa por sepsis a focopulmonar y proceso restrictivo, dependiente de altos parámetros ventilatorios y vasopresor cursa con shock séptico refractario, presenta bradicardia y asistolia, se inician maniobras de reanimación sin mejoría y fallecer, Dr. Figueroa confirma muerte 14:00 p.m.</p> <p>Plan: se avisa familiares se diligencia certificado de defunción. Traslado morgue.</p>

Así mismo, el Despacho procede a relacionar los demás medios probatorios que se consideran oportunos para dirimir el conflicto sometido a estudio judicial, en los siguientes términos:

- El 10 de agosto de 2009 en la UCI DUMIAN se consigna el contenido de la valoración al paciente:

“IDX-. 1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA 2. NEUMONIA MULTILOBAR. 3. PARALISIS DE HEMIDIAFRAGMA IZQUIERDO? 4. LINFOMA HODGKIG 5. PARALISIS DIAFRAGMATICA IZQUIERDA. 6. SEPSIS PUNTO DE PARTIDA PULMONAR. OBJETIVO: PACIENT'E EN MALAS CONDICIONES CLINICAS. DIAGNOSTICOS EMITIDOS. NEUROLOGICO: CON SEDOANALGESIA. GLASGOW: NO VALORARLE. HEMODINAMICO: TA: 110/76 MMHG. PAM: 83

MMHG. 97 LPM. VENTILATORIO: VM. EN MODO CONTROLADO, CON PEEP ELEVADOS. CON BAJAS SATURACIONES E INDICES DE OXIGENACION BAJOS. TORAX ASIMETRICO, HIPOEXPANSIBLE. DISMINUCION EL MR BIBASAL. EN HEMITORAX IZQUIERDO SE AUSCULTAN RUIDOS INTESTINALES. RESTO DE EXAMEN FISICO SIN CAMBIOS A VALORACIONES ANTERIORES. ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE LINFOMA DE HODKIN DIAGNOSTICADO HACE 12 AÑOS, TRATADO CON QT+RTY HACE 2 AÑOS CON TRASPLANTE DE M.O. ADEMÁS CON DIAGNOSTICO DE PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA Y HACE UN AÑO TORACOTOMÍA POR HEMONEUROTÓRAX IZQUIERDO POR TRAUMATISMO TORÁCICO (ACC MOTO). ACTUALMENTE CON TRASTORNO RESTRICCIÓN POR PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA IZQUIERDA. TOMOGRAFICAMENTE HAY DERRAME PLEURAL BILATERAL E INFILTRADO PULMONARES + CONSOLIDACIÓN TIPO NEUMONICO EN HEMITORAX DERECHO. CON ALTOS PARÁMETROS VENTILATORIOS, MANTIENE BAJOS ÍNDICES DE OXIGENACIÓN. ESTABILIZADO HEMODINAMICAMENTE CON SOPORTE VASOPRESOR BAJO. SEPSIS. NO MODULADA DE FOCO PULMONAR. PLAN: SOOPRTE EN UCI. CONTINUAR IGUAL MANEJO. VALORACION POR ONCOLOGÍA Y POR CIRUGÍA DE TÓRAX DR. DAVID RINCON M.”

- El joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal falleció el 11 de agosto de 2009 (fl.59 PDF01; fl.57 C.Ppa.No.1).
- El 19 de agosto de 2011 se levanta Concepto Técnico del caso relacionado con el afiliado Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal (fl.351-354 PDF01; fl.314-317 C.Ppal.No.1) y en este se informó:

“2. Su concepto técnico sobre la oportunidad en el acceso a los servicios de salud prestados a los afiliados de conformidad con los indicadores que rigen en la entidad, respecto al caso concreto.

Las autorizaciones se emitieron oportunamente, la fecha de radicación y de autorización es la misma. Es de aclarar que en el caso de las urgencias, el canal utilizado fue INTERNET, es decir en tiempo real la IPS solicito el servicio y se autorizó de inmediato. En el caso de la estancia hospitalaria, se solicitó por CallCenter con un tiempo de respuesta de 22 minutos, ya que es una solicitud de alto costo (Unidad de Cuidados Intensivos).

Respecto a la oportunidad de los servicios recibidos, se presentó a urgencias el día 2 de agosto y al día siguiente se recibió atención en su IPS primaria por medicina general. El mismo día se autorizó consulta con Medicina Interna y la realización de Nebulizaciones como tratamiento para el diagnóstico presuntivo (Bronquitis Aguda, No especificada). De igual manera el mismo 03 de agosto se autorizó el tratamiento farmacológico.

Respecto a las fechas de efectiva prestación, se debe solicitar al área de auditoría para la revisión de la historia clínica”.

- El 26 de agosto de 2009 se profiere el resultado de exámenes de diagnóstico de virología por parte del Instituto Nacional de Salud y en ella se consigna como diagnóstico: traqueítis aguda leve, cambios en hígado que consideramos secundarios a shock, hallazgos que sugieren estado séptico, en la misma se indica que la muestra de tráquea e hígado no es la

recomendada en casos sospechosos de la pandemia viral respiratoria. Así mismo, se da como resultado "POSITIVO PARA EL NUEVO VIRUS DE INFLUENZA AH1N1" (fl.7-8 PDF10)

- La ESE HUEM como IPS de la red pública se encontraba en nivel 3 de atención y se encuentra inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), de acuerdo con la certificación expedida por el Ministerio de Salud (fl.247-249 PDF04; fl.630-631 C.PpalNo.3).
- El 28 de julio de 2015, la Superintendencia Nacional de Salud (fl.250-254 PDF04; fl.632-634 C.Ppal.No.3) hace amplia alusión a la Ley 1122 de 2007, Decreto 019 de 2012 y dispone que de acuerdo con la Circular Externa 056 de 2009, relacionada con los indicadores de alerta temprana se cuentan con los siguientes términos:

2. Requerimiento.

Las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, deberán reportar trimestralmente a través de la página WEB de esta Superintendencia los indicadores de Alerta Temprana por prestador y municipio que a continuación se describen:

Número	Descripción	Máximo aceptable:
1	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA GENERAL	5 días
2	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - MEDICINA INTERNA	30 días
3	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - GINECOLOGIA	15 días
4	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PEDIATRIA	5 días
5	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - CIRUGIA GENERAL	20 días
6	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - OBSTETRICIA	5 días
7	TIEMPO DE CONSULTA DE ODONTOLOGIA GENERAL	5 días
8	TIEMPO DE ESPERA DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO GENERAL RADIOLOGIA SIMPLE	3 días
9	TIEMPO DE ESPERA DE SERVICIOS DE IMAGENOLOGIA Y DIAGNOSTICO ESPECIALIZADO TAC	15 días
10	TIEMPO DE ESPERA TOMA DE MUESTRAS LABORATORIO BÁSICO	1 día
11	TIEMPO DE ESPERA EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGIA GENERAL PROGRAMADA	30 días
12	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA (Por cada 100 pacientes hospitalizados)	5
13	TIEMPO DE ESPERA CONSULTA DE URGENCIAS TRIAGE II	30 minutos

- El 26 de septiembre de 2016, rinde declaración del doctor Javier Andrés Stand (fl. PDF; fl.678-679 C.Ppal.No.3) y en ella se dispuso lo siguiente:

"Mi intervención fue una nota de evolución durante la estancia del paciente en la institución y se le dio el manejo como un cuadro de neumonía severa, se le solicitó la valoración por la UCI PREGUNTADO: qué clase de diagnóstico y tratamiento le fue practicado al paciente ERIK MANUEL PEÑARANDA CARVAJAL. CONTESTO: Se manejó como una insuficiencia respiratoria, neumonía severa y antecedentes de un linfoma hodgkin y trasplante de medula ósea. PREGUNTADO. Sírvase sí el paciente fue atendido de manera

especializada pronta y oportuna a fin de dar un diagnóstico acertado de su enfermedad: CONTESTO si, si se le brindó un manejo acertado, según la evolución hubo valoración por especialistas, de medicina interna, uci, y pues medicina general. PREGUNTADO. Indique si al paciente se le ordenaron exámenes y ayudas clínicas necesarias para el diagnóstico de su enfermedad. CONTESTO: si, se le realizaron ayudas diagnosticas entre ellas radiografía de tórax, exámenes de sangre, hemocultivos, cultivos de esputo, tac de tórax. PREGUNTADO: Doctor usted conoce las horas exactas transcurridas en el momento en el que el paciente ingreso al servicio de urgencias y fue valorado. CONTESTO: las horas exactas no las conozco, según el registro ingreso el seis de agosto a las 12:12 del día y fue valorado por triage respiratorio según la historia clínica se atendió inmediatamente por la Dra. Ana Rincón. PREGUNTADO: De acuerdo a su experiencia nos puede decir que procedimientos se omitieron o dejaron de practicarse al menor ERIK EMMANUEL PEÑARANDA. CONTESTO: no, no se omitieron. PREGUNTADO: Sírvase indicar si el actuar profesional del personal médico de la ESE HOSPITAL ERASMO MEOZ se ajustó o se enmarco de acuerdo a los principios éticos o científicos de la Lex Artis de la práctica médica general en los servicios médicos de urgencias. CONTESTO. Si se ajustó. Seguidamente se le concede el uso de la palabra a la Dra. FRANCY YORLEY CABALLERO GOMEZ, en calidad de apoderado de la ESE HUEM, quien procede a interrogar al testigo. PREGUNTADO. De acuerdo a lo declarado anteriormente en lo referente al diagnóstico de neumonía y de acuerdo a su valoración, sírvase mencionar si al paciente se le administraron antibióticos para su tratamiento. CONTESTO. Según la historia clínica piperacilina tazobactan, ampicacina, al ingreso recibió Ceftriazona. PREGUNTADO: de acuerdo a su valoración que sintomatología presentada el paciente para solicitar el traslado a la UCI. CONTESTO: Presentó básicamente dificultad respiratoria y signos de insuficiencia respiratoria aguda. No más preguntas. Se le concede la palabra al apoderado de la parte actora. PREGUNTADO. Sírvase decir al Despacho si desde el ingreso del paciente que fue el día 6 de agosto de 2009, que tiempo duró el paciente para recibir atención médica en UCI. CONTESTO: Según historia clínica hasta el 8 de agosto de 2009, visto a folio 111, cuaderno de historia clínica. PREGUNTADO: Teniendo en cuenta los antecedentes clínicos del paciente y su estado de salud, considera ud. necesario que este fuera enviado de forma automática a UCI. CONTESTO: considero que el paciente fue valorado oportunamente por UCI pero su traslado dependía de otras cosas externas como la disponibilidad de camas en la institución. PREGUNTADO: Sírvase indicar el día y la hora en que Ud. le prestó la atención medica al paciente ERICK MANUEL. CONTESTO: el día 8 de Agosto de 2009 a las 7:15 p.m. Se le concede la palabra al apoderado de la NUEVA EPS. PREGUNTADO. Manifiéstele al Despacho si en la nota de evolución que aparece en la historia clínica realizada por Ud. existe constancia de valoración por intensivista. CONTESTO. Si existe.

- El 26 de septiembre de 2016, rinde declaración la doctora Zulma Esperanza Urbina Contreras (fl. PDF0; fl.680-681 C.Ppal.No.1) y en tal momento indicó lo siguiente:

“Informe al Despacho si en razón a su atención medica en la ESE HUEM, Ud. conoció al joven ERIK EMMANUEL PEÑARANDA CARVAJAL, quien ingresara a esa institución por urgencias el día 6 de agosto de 2009 debido a una insuficiencia respiratoria. Se le pone de presente al testigo la historia clínica vista a folios 80 a 183. CONTESTO: en relación a la historia clínica la cual tengo en mi poder en este momento, contesté una interconsulta el día 8 de agosto de 2009 a las 11:30 a.m., como intensivista, donde encuentro a un paciente con una neumonía severa y dejo plasmado en la historia clínica en esa valoración que el

paciente requiere traslado de manera urgente a la UCI, incluso hablo con la familia y le explico la gravedad del cuadro clínico. No tuve otro contacto con el paciente. Deseo aclarar que en ese momento el paciente no se trasladó a la unidad donde yo laboraba debido a que no había cama en la institución; por lo que debía permanecer en manejo por el servicio tratante, es decir la especialidad que en ese momento manejaba al paciente en el servicio donde se encontraba. Se le concede la palabra al apoderado de la parte demandada ESE HUEM. PREGUNTADO; De acuerdo a la valoración realizada ese 8 de agosto de 2009 que sintomatología presentaba el paciente al momento de su consulta. CONTESTO: como está escrito en la historia el paciente en ese momento estaba grave, con dificultad respiratoria, con un cuadro clínico compatible con neumonía, estaba consciente y refería disnea (dificultad respiratoria) en reposo y al examen físico lo encontré con signos clínicos compatibles con neumonía. Revisé la radiografía que también era compatible con neumonía y le solicité para determinar cómo estaba la oxigenación en sangre, gasometría arterial, es decir para mirar si el paciente estaba oxigenando bien o por la gravedad de la neumonía estaba comprometida la oxigenación. Se le concede la palabra al apoderado de la Nueva EPS. PREGUNTADO. Puede manifestarle al Despacho si el criterio que tuvo para solicitar el traslado a UCI fue por neumonía o existía algunas otras patologías de base o patologías que no fueran de base para determinar ese traslado. CONTESTO: si fue por neumonía grave que estaba cursando el paciente en ese momento, además de hablar con la familia, solicité una serie de laboratorios como son la gasometría, lactato sérico, por lo grave que estaba el paciente, formule antibióticos de última generación como son los que están plasmados en la historia (piperacilina tazobactan y vancomicina) que son antibióticos de amplio espectro que se utilizan en los pacientes que están muy graves y debido a que la sensibilidad de la radiografía de tórax en neumonía temprana no es muy buena, inclusive le pedí una tomografía de tórax. No más preguntas. Se le concede la palabra al apoderado de la PREVISORA S.A. PREGUNTADO; Ud. alcanzó a ver los resultados de los exámenes o ayudas diagnósticas enunciadas en la respuesta antecedente. CONTESTO. No no los vi, debido a que solo estaba contestando una interconsulta, que se me realizó en una única oportunidad, según políticas de la institución debe continuar manejo por el médico tratante, en esta oportunidad yo era simplemente una médica interconsultada, es decir los resultados deben ser vistos por los médicos que pidieron la interconsulta, si ellos lo consideran pertinente y en relación a su criterio continuar el manejo médico. En este estado de la diligencia la señora Juez toma la palabra. PREGUNTADO. Doctora dígame al Despacho si ud. tiene conocimiento si el paciente venía remitido de otro centro asistencial o de su casa. CONTESTO: según la historia clínica a folio 125 el paciente ingresó de la casa, además deseo aclarar que el paciente si tenía una comorbidad, (enfermedad adyacente a la enfermedad actual), tenía un linfoma Hodgkin y había recibido trasplante de medula ósea hace cinco años, como también lo había dejado plasmado en la historia clínica como TMO”.

- Se indica que en el asunto de la referencia no fue posible el recaudo de la prueba pericial, pese al trámite dirigido a su logro.

3.5 LA DECISIÓN

Para el Despacho la solución al problema jurídico no puede ser otra que la de negar las súplicas de la demanda, teniendo en cuenta que, se observa que la parte actora no logró acreditar la acción u omisión aducida en cabeza de los centros médicos demandados, pues no cumplió con la obligación de establecer el contenido obligacional desatendido y la posibilidad del centro de brindar el apoyo requerido.

Para estudiar el caso sometido a decisión judicial, el Despacho tiene en cuenta los siguientes aspectos a saber:

- a. De la pluralidad de deberes de conducta que implica el servicio de salud.
- b. De los elementos a analizar en la falla del servicio.
- c. Los daños indemnizables.
- d. Del régimen de imputación de la falla médico asistencial.
- e. De los elementos constitutivos de la responsabilidad estatal

3.5.1 De la pluralidad de deberes de conducta que implica el servicio de salud.

En cuanto a la pluralidad de los deberes que implica la prestación del servicio de salud, el Consejo de Estado, en pronunciamiento de fecha 18 de febrero de 2010 – expediente 17655-, estimó: *“Por la compleja y dispendiosa naturaleza de su oficio, en el cual se involucra la vida y la salud de las personas, debe exigírsele al médico una especial prudencia y diligencia en su relación con el paciente. En todo caso, debe anotarse, que el comportamiento del médico y de la institución prestadora del servicio de salud, sólo pueden ser juzgados teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos y las circunstancias específicas de cada enfermedad y de cada paciente en particular; de allí que no es dable exigir a ningún médico, como no se puede hacer con ningún otro miembro de la sociedad, el don de la infalibilidad, pues de lo contrario, todas las complicaciones posibles que surjan dentro del vínculo médico-paciente serían imputables a los profesionales de la salud, lo cual es absurdo. Lo que se juzga no es en realidad un resultado inadecuado, sino si ese resultado es consecuencia de un acto negligente o descuidado que no se ciñó a las reglas o postulados de la profesión, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada caso en particular”*⁵.

3.5.2 De los elementos a analizar en la falla del servicio.

En asuntos médico asistenciales, el Despacho entra en la obligación de abordar los distintos elementos a examinar, cuando se solicita la declaratoria de responsabilidad extrapatrimonial del estado por el daño antijurídico causado con ocasión de la falla en la prestación de los servicios médicos, así las cosas, y atendiendo la jurisprudencia del Consejo de Estado que sobre la materia se ha generado, se evidencia que la falla aquí estudiada, puede devenir de dos aspectos principalmente: 1. Por error en el diagnóstico y, 2. Morosidad en la atención médica –atención prioritaria, preferente y expedita- la cual a su vez deviene de: a. Dilatación o demora en la atención y, b. No haber ordenado con prontitud los exámenes para determinar la causa de la enfermedad⁶.

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera Ponente: Myriam Guerrero De Escobar, Bogotá, D.C., Dieciocho (18) de Febrero de Dos Mil Diez (2010), Radicación Número: 68001-23-31-000-1996-02086-01(17655).

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Magistrado Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., Veinticuatro (24) de Enero de Dos Mil Once (2011), Radicación Número: 73001-23-31-000-1997-04867-01(17547).

De acuerdo a lo anterior, es claro que la conducta médica para que pueda ser estudiada dentro de la falla del servicio médico, debe comprender la obligatoriedad de los galenos en brindar un diagnóstico, sujeto a resultados clínicos de exámenes por ellos considerados pertinentes, así mismo, del desenvolvimiento posterior y tratamiento médico idóneo de la etiología⁷ sufrida por quien requiere la prestación del servicio de salud.

Lo anterior no es óbice para considerar que la responsabilidad recae únicamente sobre los médicos o galenos, ya que entiende el Despacho que la prestación del servicio de salud comprende además del personal humano que tiene labores asistenciales, el personal de índole administrativo de las entidades prestadoras de salud, así como las instalaciones apropiadas y el correcto y oportuno suministro de implementos, medicamentos y tratamientos requeridos por quien presenta afecciones patógenas.

Debe indicarse que, si bien la labor médica debe comprometer la adecuada prestación de servicios, los mismos deben estar encaminados al restablecimiento de la salud, entendida esta con el estado de confort y comodidad, bienestar y equilibrio físico y síquico requerido por el paciente, visto desde el nivel objetivo, en el que es requisito la ausencia de enfermedades⁸.

3.5.3 Los daños indemnizables.

Como cuarto punto del estudio introductorio de la falla en la prestación de servicios médicos, aborda el Despacho lo atinente a la determinación de los daños indemnizables una vez establecida la responsabilidad de la entidad pública, en el caso de narras, así: a- La muerte, b- Las lesiones corporales, c- La vulneración al derecho a ser informado, d- La lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, e- La lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz.

Lo anterior debido a que básicamente dicha falla se circunscribe a que *“la obligación de prestar asistencia médica es compleja, es una relación jurídica total, compuesta por una pluralidad de deberes de conducta (debe de ejecución, deber de diligencia en la ejecución, deber de información, deber de guardar secreto médico, etc.). Ese conjunto de deberes conforma una trama, un tejido, una urdimbre de la vida social responde a la idea de organización - más que de organismos- en punto a la susodicha relación jurídico total (...). Por tanto, aquel deber jurídico principal supone la presencia de otros deberes secundarios de conducta, como los de diagnóstico, información, recepción de la voluntad jurídica del enfermo –llamada comúnmente consentimiento del paciente-, prescripción, guarda del secreto profesional,*

⁷ Etiología: causa de la enfermedad.

⁸ Al respecto del concepto de salud, el Despacho tuvo en cuenta el concepto que sobre el mismo término se encuentra en la siguiente dirección web: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>.

satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”⁹

3.5.4 Del régimen de imputación de la falla médico asistencial.

De acuerdo con los pronunciamientos de Consejo de Estado y “de conformidad con la evolución jurisprudencial correspondiente a la falla en el servicio por responsabilidad médica, se concluye que actualmente el fundamento jurídico se ha cimentado sobre la base de la teoría de la falla probada, razón por la cual es el demandante quien debe acreditar los tres elementos de la responsabilidad (daño, falla en el servicio y nexo causal)”, así las cosas, debe proceder el Despacho a estudiar los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial del Estado, a saber:

A. El Daño

En el caso concreto debe indicarse que se encuentra probado que el joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal falleció el 11 de agosto de 2009 luego de padecer una patología conocida como neumonía bacteriana, situación que se puede acreditar con el registro civil de defunción al que se hizo referencia en pasajes anteriores. Cumpliéndose de tal manera el primer elemento de responsabilidad extracontractual, por lo que se habilita el estudio del subsiguiente.

B. La imputación del daño

Ahora bien como segundo punto, debe el Despacho analizar, si la conducta asumida por las entidades demandadas, resultan constitutivas o no de responsabilidad, teniendo en cuenta los argumentos expuestos con la demanda y que se relacionan de la siguiente manera: en la demanda se citan 3 aspectos básicos en la determinación de responsabilidad y que están supeditado a lo siguiente, en primer lugar, la falta de realización de exámenes tendientes a lograr un diagnóstico, en segundo lugar, la falta de atención prioritaria ante las patologías de base del paciente, y finalmente, la falta de tratamiento adecuado para atender la enfermedad padecida, circundando estos escenarios, se encuentra la mora en la entrega de medicamentos y atención especializada.

Ahora, de la información recaudada en el sub judice, debe indicarse que el joven Erick Peñaranda ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Universitaria de Norte de Santander (aquella que en su membrete de historia clínica se dispone como ESE HUEM) el día 06 de agosto de 2009, al paciente se le coloca oxígeno Ventury al 50% y se dispone como saturación un 78% por presentar dificultad respiratoria y posteriormente ese mismo día se traslada a piso en la habitación 450.

En piso permanece desde tal momento hasta el 08 de agosto de 2009, sin embargo, de la revisión de las notas de enfermería (que contenía mucha más información), se

⁹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C, Magistrado Ponente: Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Bogotá, D.C., Veinticuatro (24) de Enero de Dos Mil Once (2011), Radicación Número: 73001-23-31-000-1997-04867-01(17547).

concluye que el paciente estuvo en todo momento con O2 Ventury al 50% mejorando los niveles de saturación, el paciente estuvo en la mayoría del tiempo tranquilo, acompañado de su familia, recibió y toleró la administración de alimentos, de igual manera, presenta estados febriles que seden ante los medios físicos aplicados.

Ahora, la situación particular cambia a las 08:00 de la mañana -de ese 08 de agosto, en momentos en que el paciente cambia sus condiciones a taquicárdico, por lo que se informa al médico para realizar valoración, a las 10:00 de la mañana el paciente se valora por el médico de turno y 30 minutos después este -medico- diligencia formato de interconsulta con UCI, a las 11:40 de la mañana se valora por la médico intensivista acompañado de médico general de Dumian quienes indican la necesidad de traslado a la UCI en otras instituciones, pues en Dumian no había disponibilidad. Dicha falta de disponibilidad se refleja en las restantes instituciones pues conforme con el CRUE las únicas instituciones que contaba con UCI disponible para adultos eran la Clínica Santa Ana y la Médico Quirúrgica, por esta razón, siendo las 15:50 se llama a estas instituciones por parte del personal de enfermería, pero se indica que no hay disponibilidad.

Ante el acontecer de la baja saturación del paciente, el médico de turno se comunica con el personal médico de la UCI a las 20:45 horas, luego de lo cual se valora al paciente y se remite a urgencias de adultos, a las 20:50 horas se traslada al paciente y 5 minutos después (según registro de las notas de enfermería 08:55 p.m.) se pasa al paciente a la sala de reanimación y se le entuba, momento en el que saturaba 67% y se estaba dando ambu SO2 al 84%, finalmente, sale de la Clínica Universitaria con destino a la UCI HUEM de Dumian Medical en ambulancia medicalizada a las 22:25 del 08 de agosto de 2009.

Ahora, se recibe en la UCI HUEM a las 00:57 minutos del día 09 de agosto de 2009, se indica que el paciente ingresa con falla respiratoria severa, por lo que se realiza intubación orotraqueal y se traslada a unidad de cuidados intensivos para soporte ventilatorio y manejo integral de paciente en estado crítico, con marcado compromiso de la oxigenación y ventilación, se indica que este tiene pronóstico reservado dado su pobre reserva funcional pulmonar y la baja respuesta al manejo por vía aérea y al soporte ventilatorio, en esta oportunidad se indica como diagnóstico neumonía no especificada e insuficiencia respiratoria aguda.

El joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal conserva su mal pronóstico hasta el 11 de agosto, fecha en la que fallece alrededor de las 14:00 horas del día.

Frente al relato de los hechos, se tiene que la parte actora se encuentra inconforme con la falta de atención prioritaria recibida por el paciente, falta de exámenes tendientes a lograr un diagnóstico y falta de tratamiento adecuado para atender la enfermedad, a lo indicado por la parte actora, el Despacho debe concluir que no se aprecia en el curso de las historias clínicas aportadas una falla como la determinada en el escrito de la demanda, esto en la medida que, si bien la consulta por medicina especializada fue asignada para una fecha en la que el joven Erik Peñaranda ya había fallecido, también es cierto que recibió atención médica por parte de la Clínica

Universitaria de Norte de Santander y para el efecto se le adelantaron las ayudas diagnósticas que se consideraron pertinentes por parte del equipo de salud.

No puede perder de vista el Despacho Judicial que la obligación del personal médico asistencial es de medios no de resultados, por ello, si la parte actora consideraba que las ayudas diagnósticas aplicadas no fueron las adecuadas debió proceder con el despliegue probatorio que ello requería, es decir, arrojando al proceso declaraciones de médicos o personal de la salud con conocimientos relevantes sobre la materia, situación que no se presentó, es más, de las declaraciones que reposan en el expediente, los galenos afirman que la atención recibida fue la adecuada y ajustada a las necesidades del paciente, testigos que si bien podrían considerarse sospechosos -dada su relación con la actuación- son las únicas fuentes de información médica con que cuenta el Despacho en esta oportunidad, pues se recuerda que pese a insistirse en el recaudo de la prueba pericial, la misma no pudo ser lograda.

Así las cosas, el Juzgado no encuentra que en las acciones desplegadas tanto por el personal sanitario como administrativo que tenía a su cargo el cuidado del joven Erik Emmanuel Peñaranda Carvajal se presentaran situaciones constitutivas de falla y en el evento de que tal situación se presentara, se requería en adición probar que tal actuación u omisión, fueron suficientes para el resultado logrado.

De igual manera, el Despacho no puede pasar por alto las patologías de base del Joven Erick Emmanuel Peñaranda, tal como, el antecedente de linfoma de Hodgkin tratado con quimioterapia y radioterapia, parálisis diafragmática izquierda e inmunosuprimido por haberse vacunado 2 días antes del inicio de la sintomatología.

Lo anterior, lleva al Despacho Judicial a considerar, luego de la revisión efectuada a las pruebas aportadas, que la solución al problema jurídico no puede ser otro que el de negar las súplicas de la demanda por falta de acreditación de las fallas y su relación causal con el evento del fallecimiento de Erick Emmanuel Peñaranda Carvajal, es decir, que su muerte no puede atribuirse a la atención médica recibida entre los días 03 al 11 de agosto del año 2009.

3.6 COSTAS

De conformidad con lo establecido en el artículo 171 del C.C.A., en el asunto de la referencia, no hay lugar a imponer condena en costas, ni agencias en derecho a la parte vencida.

En mérito de lo anteriormente expuesto, el Juzgado Décimo Administrativo del Circuito de Cúcuta, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO: NEGAR las excepciones propuestas por las demandadas, de acuerdo con lo indicado en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: NEGAR las súplicas de la demanda, conforme con las consideraciones efectuadas.

TERCERO: Sin condena en costas, por lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

CUARTO: Una vez en firme la presente sentencia, **ARCHIVAR** el expediente, previas las anotaciones secretariales de rigor y **DEVOLVER** a la parte actora el valor consignado como gastos ordinarios del proceso o su remanente, si los hubiere.

QUINTO: Finalmente, en virtud de lo establecido en la Ley 2080 de 2021 y 2213 de 2022 se informan los correos electrónicos de las partes intervinientes en esta actuación procesal a efecto de que las partes se sirvan remitir a ellos los memoriales que remitan al Despacho Judicial:

Extremo	Correo electrónico
Parte Actora	oraca1949@hotmail.com
Nueva EPS	paezgonzalezabogado@gmail.com comunicaciones@nuevaeps.com.co
ESE HUEM	juridicaadm@herasmomeoz.gov.co onebote@hotmail.com
Dumian Medical S.A.	oscarfigueredosarmiento@yahoo.es
La Previsora S.A.	leonjaimenuve@hotmail.es

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Firmado Por:
Alexa Yadira Acevedo Rojas
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
10
Cucuta - N. De Santander

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: **f2ef527c50fc8afb8a344db4ff9ea135f78dd606ea1eda101f10ac971a7817f**
Documento generado en 05/09/2023 09:15:07 AM

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