



**JUZGADO DECIMO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE CUCUTA  
DEPARTAMENTO NORTE DE SANTANDER**

San José de Cúcuta, veinticinco (25) de agosto de dos mil veintitrés (2.023)

**Radicado:** 54-001-23-31-000-2011-00394-00  
**Actor:** Claudia Viviana Vargas Bautista y Otros  
**Demandado:** E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz –Saludcoop  
EPS  
**Llamados en Garantía:** Dumian Medical  
**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, 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 ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y a SALUDCOOP EPS administrativa y extracontractualmente responsable de los perjuicios causados a los demandantes con motivo de la muerte del señor ALBERTO VECINO PICO ocurrida el 19 de marzo de 2010 en la UCI de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, por la pandemia A (H1N1), por la ineficiente y tardía atención médica.

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

<b>Demandante</b>	<b>Daño Moral</b>	<b>Perjuicio Material</b>	<b>Daño a la vida de relación</b>
CLAUDIA VIVIANA VARGAS (ESPOSA)	100 SMLMV	\$ 445.830.640	300 SMLMV
MARIA ALEJANDRA VECINO VARGAS (HIJA)	100 SMLMV	\$ 445.830.640	300 SMLMV
GILBERTO VECINO ALDANA(PADRE)	100 SMLMV	No solicita	-0-
HERMINDA PICO DE VECINO (MADRE)	100 SMLMV	No solicita	-0-
ALIRIO VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
HUGO VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
JUAN FRANCISCO VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
ALVARO VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
JOSE MANUEL VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
NELLY VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
ERMINDA VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
LINA SUSANA VECINO VECINO	50 SMLMV	No solicita	-0-
AMPARO VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-
ALICIA VECINO PICO	50 SMLMV	No solicita	-0-

Así mismo, plantea como pretensión Tercera: *“Que como consecuencia de prosperar la pretensión principal o alguna de las subsidiarias, se ordene a las entidades o la entidad responsable como condena a título de reparación del derecho en aras de una reparación integral, publicar en un diario de amplia circulación a nivel nacional como es el tiempo, y también en un diario local de donde se encuentran la mayoría de sus familiares en éste caso Bucaramanga en Vanguardia Liberal el reconocimiento de su error y las profundas condolencias por la muerte del esposo, padre, hijo y hermano Alberto Vecino, y se ordena así mismo el pago de una sagrada eucaristía en la iglesia católica del barrio la victoria en la ciudad de Bucaramanga el primer domingo de cada mes durante un año”.*

### **2.1.2 Los hechos**

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

El señor ALBERTO VECINO PICO (q.e.p.d.) experimentó un deterioro de salud marcado desde el 9 de marzo de 2010, con síntomas como malestar general y fiebre alta. A pesar de seis consultas médicas a la clínica SaludCoop La Salle de Cúcuta, y la IPS SAN RAFAEL no recibió un diagnóstico y tratamiento adecuados por parte de las instituciones médicas involucradas.

Durante el 10 de marzo de 2010, el señor ALBERTO VECINO PICO consultó nuevamente en SaludCoop EPS con síntomas claros del AH1N1, pero solo se le administraron nebulizaciones. En consultas posteriores, su condición empeoró, presentando disnea y fiebre persistente. Los médicos no tomaron medidas adecuadas para diagnosticar y tratar su enfermedad, a pesar de su deterioro continuo.

El 11 de marzo de 2010, el ALBERTO VECINO PICO guardó reposo en su casa como se lo indicaron los médicos tratantes.

El 12 de marzo de 2010, el señor ALBERTO VECINO PICO, continuaba con malestar general, por lo que acude nuevamente a la IPS donde después de una larga espera, le mandaron a unos exámenes de manera ambulatoria, sin ningún diagnóstico. A las 3:00 p.m., pasa a valoración para lectura de exámenes, donde nuevamente lo devuelven para la casa con acetaminofén. Llega nuevamente a consulta externa a la IPS la Ceiba, para revisión de sus exámenes, ordenando salida con fórmula médica acetaminofén y control para el 14 de marzo de 2010.

El 14 de marzo de 2010 el señor ALBERTO VECINO PICO vuelve a la Clínica La Salle al control de plaquetas, refieren que hay disnea, solicitan radiografía de Torax evidenciándose leucopenia y trombocitopenia haciendo el médico general un diagnóstico de dengue, pero al solicitar valoración por medicina interna arroja el diagnóstico de 1-NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, DE FOCOS MULTIPLES, DENGUE HEMORRAGICO.

Finalmente, el paciente fue hospitalizado el 14 de marzo de 2010 en el ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, y después de varias consultas, no se le proporcionó un diagnóstico preciso ni un tratamiento efectivo. Incluso cuando fue trasladado a la UCI DUMIAN MEDICAL, hubo demoras en la atención. Los médicos no lograron abordar adecuadamente la gravedad de su condición ni aplicar medidas terapéuticas oportunas. Fallece en el Hospital el día 19 de marzo después de estar aproximadamente 4 días bajo su cuidado.

En resumen, a lo largo de varias consultas y hospitalizaciones, el señor ALBERTO VECINO PICO no recibió una atención médica efectiva ni un diagnóstico adecuado. Las instituciones médicas involucradas Saludcoop EPS y la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz no aplicaron medidas oportunas y pertinentes para abordar su enfermedad, lo que resultó en su fallecimiento.

## **2.2 LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

### **2.2.1 Contestación de SALUDCOOP EPS<sup>1</sup>**

Se opone a las acusaciones de responsabilidad y solidaridad hacia la representada en el proceso legal. Argumenta que no existe una conducta culposa en el cumplimiento de las obligaciones legales y que no hay una relación contractual con los médicos involucrados en la atención médica.

Rechaza la solicitud de responsabilidad por deficiente prestación del servicio, argumentando que no fue SALUDCOOP la que prestó directamente los servicios médicos requeridos por el paciente. Establece las diferencias entre la EPS y la IPS en cuanto a sus roles y actividades legales. Igualmente enfatiza que las actividades en la IPS son ajenas al actuar de la EPS y que no se ha demostrado una conexión directa entre los perjuicios reclamados y las acciones de su representada. Finalmente, se oponen a reconocer el perjuicio moral alegado por el demandante, argumentando que su existencia debe demostrarse durante el curso del proceso.

Propuso como excepciones de mérito; a) Inexistencia de las funciones y obligaciones por parte de Saludcoop EPS para con su afiliado, b) Inexistencia de solidaridad entre EPS e

---

<sup>1</sup> Ver folios 222-244 del PDF02 del Expediente Digital; Folios 487-507 Cuaderno Principal No.2

IPS, c) Necesidad de la prueba de la culpa, d) Excesiva tasación de perjuicios y e) Genérica.

### **2.2.2 Contestación de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz<sup>2</sup>**

Señala que los profesionales de la UCI DUMIAN MEDICAL de la E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ siguieron el principio LEX ARTIS AD HOC, actuando con diligencia y prudencia, en conformidad con la ley 23 de 1981 (artículos 1 al 12) durante la atención al paciente Alberto Vecino Pico desde su ingreso.

Los actos médicos, incluido el diagnóstico y el tratamiento en la UCI DUMIAN MEDICAL, se ajustaron al Artículo 5° de la Ley 23, aplicando las mejores prácticas médicas y un diagnóstico acertado, descartando cualquier mala praxis.

Aduce que el paciente Alberto Vecino Pico, recibió atención médica bajo diagnóstico definido y soluciones médicas afines al protocolo médico, según la historia clínica. No hubo omisiones que sugieran responsabilidad administrativa o patrimonial de la ESE HOSPITAL ERASMO MEOZ o la UCI DUMIAN MEDICAL S.A.

Concluye que, en el momento del ingreso del paciente a la UCI, presenta un cuadro con un avance severo de la enfermedad con diagnóstico por la otra IPS, esto es SALUDCOOP EPS de neumonía adquirida en comunidad. Después del ingreso, se diagnosticó el virus de la influenza H1N1 y se inició el tratamiento con TAMIFLU. El paciente ya llevaba cerca de ocho días sin tratamiento ni diagnóstico preciso del virus. La conclusión objetiva es que en la UCI Dumian Medical se diagnosticó y trató adecuadamente el virus H1N1, siguiendo el protocolo médico existente en ese momento.

Corroboración esta conclusión médica el documento denominado AUDITORIA MEDICA INFORME QUEJA No VCI-068 de 2010 del instituto Departamental de salud como resultado de la queja interpuesta por LUIS ROBERTO ORTIZ ARCINIEGAS, en dicho documento en la hoja diez (10) expresan los auditores lo siguiente, en referencia a la revisión que hicieron de la Historia Clínica del Hospital Universitario Erasmo Meoz- UCI DUMIAN SA:

*"Revisada la prestación de los servicios de salud del señor ALBERTO VECINO PICO, en lo registrado por los médicos tratantes en la historia clínica, se pudo evidenciar que hubo oportunidad en las evoluciones realizadas por el especialista tratante, en la solicitud de interconsulta a la Unidad de cuidados Intensivos de la UCI DUMIAN -HUEM sede clínica Universitaria de Norte de Santander, cuando hizo falla respiratoria el 15-03-2010 su intubación orotraqueal fue oportuna y se le garantizó en oportunidad el mantenerlo estable hemodinámicamente para trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos. UCI DUMIAN-HUEM clínica Universitaria el día 15-03-2010 a las 21:08 horas".*

Continuando con el despliegue del material probatorio que deja claro y sin dudas la intervención oportuna, eficaz, diligente, acertada, con pericia médica por parte del Hospital Universitario Erasmo Meoz o de la UCI DUMIAN SA; es sumamente necesario

---

<sup>2</sup> Ver folios 6-23 PDF03 del Expediente Digital; Folios 550-567 Cuaderno Principal No.3

para refutar los hechos mencionados por los actores y que endilgan responsabilidad a la demandada, traer nuevamente referenciado el documento siguiente:

*“La Secretaria de salud municipal, a raíz del hecho ocurrido por la muerte del señor VECINO PICO por cuya causa probable fue el virus del H1N1 el día 23 de marzo de 2010 llevo a cabo una reunión institucional denominada ANALISIS PROBABLE MORTALIDAD POR H1N1 en la que estuvieron involucrados los siguientes entes de salud: SALUDCOOP EPS, CLINICA LA SALLE, SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD, AREA EPIDEMIOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, de la cual se levantó un acta de reuniones señalada con el numero uno (1) y la presentación u objeto de la reunión se fundamentó en la revisión de las historias clínicas del paciente VECINO PICO expedidas por SALUDCOOP EPS y el HOSPITAL UNIVERSITARIO, documento en el cual se encuentra plasmada la siguiente anotación: LA NOTIFICACION DEL CASO PROBABLE DE H1N1 SE REALIZO EL DIA 16/03/2010 A LA SECRETARIA DE SALUD DE CUCUTA”.*

Este es el indicador que muestra que solo hasta que el paciente estuvo bajo la responsabilidad de la UCI DUMIAN SA - HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, es decir, a partir del día 15 de marzo de 2010 a las 21:08 horas (9 de la noche) al día siguiente fue reportado por el personal de la UCI DUMIAN hacia la Secretaría de Salud Municipal el caso probable de H1N1 virus de la influenza que presentaba el paciente VECINO PICO.

### **2.2.3 Contestación de Inversiones Dumian E.U. (Llamado en garantía)<sup>3</sup>**

El llamado en garantía indica que el paciente Alberto Vecino Pico, de 33 años, afiliado a EPS SALUDCOOP, ingresó a la unidad de cuidado intensivo e intermedio el 15 de marzo de 2010, remitido por ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz, con un diagnóstico de mal estado general, sospecha de neumonía viral (AH1N1), requerimiento de ventilación mecánica y pronóstico reservado. Ingresó entubado y conectado a un ventilador, con dificultad respiratoria progresiva y fiebre desde hace aproximadamente 8 días. Se realizó un diagnóstico de NAC y se consideró la posibilidad de H1N1, iniciando tratamiento con Tamiflu.

Presentó anomalías en varios sistemas en su examen físico, incluyendo la esfera mental y los órganos de los sentidos. El paciente falleció el 19 de marzo de 2010 en la UCI e intermedio debido a su diagnóstico, se informó a la familia y se coordinó la toma de muestras para una posible infección por H1N1.

Presenta como excepciones de mérito las siguientes:

**Falta de Jurisdicción y Competencia:** El señor Alberto Vecino Pico, asegurado por SaludCoop EPS, ingresó a la unidad de cuidado intensivo e intermedio. El artículo 168 de la Ley 100 de 1993 establece la obligación de las IPS de brindar atención de

---

<sup>3</sup> 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 ocasiona 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).

urgencias sin importar la capacidad de pago. SALUDCOOP EPS debe garantizar la pertinencia de los servicios y el pago ágil a la institución de salud. DUMIAN MEDICAL SAS prestó servicios de salud acordes a regulaciones y normativas, cumpliendo preceptos constitucionales y protocolos médicos para mejorar la salud del paciente. Precisa que, en caso de conflictos por la prestación de servicios médicos asistenciales, la jurisdicción competente es la Jurisdicción laboral. La Corte Constitucional declaró la exequibilidad de las disposiciones legales pertinentes.

**Carencia de facultades en el poder:** Sostiene que Claudia Viviana Vargas Bautista y Otros, identificados como aparecen dentro del poder aportado en el cuaderno de la demanda principal, quienes actúan en calidad de accionantes dentro del proceso de la referencia le otorgaron poder al señor Luis Roberto Ortiz Arciniegas, quien actúa en calidad de apoderado judicial de las personas que se hacen mención como parte demandante dentro del proceso de reparación directa que se adelanta contra la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz y otros sobre los hechos que causaron perjuicios a la parte actora, poder que le fue otorgado de manera especial conforme a lo expresado en el artículo 65 CPC que reza “en los poderes especiales, los asuntos se determinaran claramente, de modo que no puedan confundirse con otro” en donde el apoderado de la parte demandante quedo facultado solo “*para recibir, conciliar, apelar, desistir, sustituir, reasumir, pedir y aportar pruebas, y en general...*” no contando con facultades para solicitar o requerir perjuicios materiales, morales o de cualquier otra índole de acuerdo con la pretensiones de la demanda como lo establece la normatividad.

**Falta de legitimación en la causa por pasiva:** DUMIAN MEDICAL S.A.S celebró un contrato de asociación con la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz para operar una unidad de cuidados intensivos e intermedios. La legitimación se refiere a la persona responsable de responder por acciones u omisiones. En el presente caso, el llamamiento en garantía de la ESE a Dumian Medical S.A.S no procede, ya que esta última no es responsable de decisiones médicas tomadas por otras instituciones durante el manejo de un paciente remitido a la unidad de cuidados intensivos. Se solicita al despacho exonerar a Dumian Medical S.A.S de responsabilidad por actos no realizados por ellos.

**Inexistencia de la obligación:** Dumian Medical S.A.S proporcionó al paciente Alberto Vecino Pico todos los procedimientos y tratamientos necesarios en la unidad de cuidados intensivos e intermedios de manera oportuna y adecuada, según su grave estado de salud. Se brindó atención médica especializada y se siguieron los procedimientos y protocolos médicos correspondientes. Se solicita al despacho que apruebe esta excepción o rechace la demanda por falta de fundamento legal y fáctico.

**Causa extraña o caso fortuito:** En el presente caso, la relación entre la conducta médica y el resultado de la salud del paciente se interrumpe debido a la existencia de un caso fortuito, definido como algo imprevisible o inevitable que escapa al control humano. La ciencia médica también tiene limitaciones y en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades hay áreas que no pueden preverse con precisión. El agravamiento de la salud del paciente puede deberse a complicaciones o factores congénitos no atribuibles a la negligencia médica, sino a las limitaciones de la ciencia médica en sí. En situaciones donde el estado de salud del paciente o sus reacciones orgánicas generan desviaciones indeseadas, el médico no será responsable si se cumplen condiciones de imprevisibilidad e inevitabilidad. En este caso, la patología compleja del paciente superó el manejo médico planificado y está relacionada con circunstancias inevitables en la atención médica y el estado actual de la ciencia. La presencia de complicaciones se debe a la naturaleza intrínseca del paciente y no puede ser superada a pesar de las

medidas tomadas por los profesionales médicos. Tanto el personal médico como la Institución Prestadora de Salud no son responsables, ya que la patología presentada era compleja y reservada, pero fue adecuadamente tratada con atención oportuna, eficiente e idónea por el personal médico y asistencial de la Unidad.

**Cumplimiento de una obligación de medios y no de resultado:** Cita el Artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 que regula la actividad médica, indicando que el médico no será responsable por efectos adversos imprevisibles en tratamientos médicos, debido a la dificultad o imposibilidad de preverlos. En cuanto a la obligación de seguridad, se refiere a preservar la salud y la integridad del paciente, pero no implica garantizar un resultado específico. En términos de responsabilidad, se considera que la prestación médica sigue el estándar de la "obligación de medios", donde el médico actúa con la diligencia promedio de su profesión y se adapta a las circunstancias del caso, que incluyen factores como la persona, el tiempo y el lugar.

**Diligencia y cuidado:** La historia clínica revela que se aplicaron procedimientos médicos planeados y fundamentados científicamente para el tratamiento de la patología del paciente. Dumian medical S.A.S prestó servicios médicos intensivos e intermedios a través de un contrato de asociación con la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, contando con personal especializado y condiciones locativas adecuadas. No se puede considerar una falla en el servicio médico por omisión, ya que se buscó estabilizar al paciente y abordar sus complicaciones. No hay relación causal entre la actuación médica y la patología. El personal médico actuó diligentemente y con experiencia, aplicando procedimientos médicos acordes a protocolos establecidos. La medicina no es exacta y los resultados pueden ser imprevisibles debido a la idiosincrasia del paciente. Se considera que los procedimientos médicos son medios, no garantías de resultados. Por lo tanto, no se puede imputar responsabilidad al equipo médico ni a la institución hospitalaria ante resultados inesperados, siempre que se haya actuado con diligencia y de acuerdo con la práctica médica aceptada.

**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 presente, la relación de causalidad entre la actuación médica y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por circunstancias inevitables y ajenas a la voluntad de los demandados. La ciencia médica tiene limitaciones y en el tratamiento de enfermedades siempre existe un área imprevisible que restringe la responsabilidad.

El fracaso del tratamiento se debe al agravamiento de la salud del paciente, siendo contingencias aleatorias y fuera del control de los profesionales médicos y de la institución. El organismo humano puede reaccionar de manera imprevisible, y eventos imponderables pueden escapar al conocimiento científico. La falta de causalidad entre la patología y la atención médica lleva a atribuir los factores a la patología de base del paciente. Es un riesgo intrínseco e inherente, que no podría superarse pese a las medidas tomadas por los médicos tratantes. Por tanto, los médicos y la institución no son responsables de dichas circunstancias, ya que la patología presentada recibió el manejo adecuado y protocolario.

**Inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley por cumplimiento de obligación de medio:** Aunque se espera un estándar más alto del médico especializado debido a su experiencia, surgen dudas sobre si esta mayor exigencia se aplica a todos los aspectos relacionados con la intervención. La cuestión es compleja cuando se trata de otros aspectos de la terapia en casos científicamente comprobados. En este campo

médico, los riesgos son graves y el equilibrio entre el riesgo inherente y el beneficio para el paciente es delicado. El incumplimiento de deberes en relación a los riesgos médicos descarta que esos mismos riesgos puedan considerarse consecuencias de un comportamiento negligente, a menos que haya negligencia, imprudencia o impericia. Los riesgos médicos con resultados inciertos son inherentes a la patología del paciente.

**Exoneración de responsabilidad por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado:** Afirma que el equipo médico de la IPS siguió los lineamientos médico-científicos recomendados para el diagnóstico y tratamiento de la patología del paciente en ese momento. Fue atendido oportunamente por profesionales médicos calificados, valorado y monitoreado diligentemente. Aunque la medicina no es precisa y los procedimientos varían en complejidad, los resultados médicos son esperables pero no predecibles. Ningún médico, por más experto que sea, puede garantizar resultados 100% satisfactorios debido a las características únicas de cada paciente. A pesar de implementar tratamientos reconocidos y basados en evidencia, circunstancias imprevisibles y a veces inevitables pueden surgir.

**Inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad:** Señala que no hay causalidad entre la conducta del equipo médico y la patología del paciente, lo que impide la imputación legal. Tampoco se puede establecer causalidad entre la labor de la institución de salud y la patología, que es difícil de detectar según la literatura científica, por lo que no se puede responsabilizar a dicha institución.

## **2.3 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

### **2.3.1 Alegatos de la parte demandante**

No presentó alegatos.

### **2.3.2 Alegatos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz**

Replica lo manifestado en el escrito de contestación, afirmando que el paciente ALBERTO VECINO PICO nunca fue atendido por los galenos y personal de enfermería que perteneciera a la ESE HUEM, por cuanto como se registra en los hechos de la demanda durante los días 14 y 15 de marzo de 2010 fue atendido en la clínica Universitaria de Norte de Santander bajo responsabilidad médica de SALUDCOOP EPS y para el 15 de marzo de 2010 a las 9:00 p.m. el paciente fue trasladado a las instalaciones de DUMIAN MEDICAL SAS.

Precisa que DUMIAN MEDICAL SAS es una persona jurídica totalmente independiente de la ESE HUEM, la cual tiene autonomía administrativa y financiera, cuenta con registro especial de prestador de servicios de salud a su nombre.

Aduce que no es entendible pretender que un paciente que con antelación de siete (7) días presenta una patología, ingresa a UCI al día octavo de la sintomatología, se le hace el diagnóstico patológico, se le presta toda la atención médica y protocolaria para su enfermedad y se pretende endilgar responsabilidad a la ESE cuando es evidente que fue la única institución que le dio un diagnóstico y le trató su enfermedad estando en la UCI, se deba responder por la negligencia de terceros frente a la atención que debió prestársele al paciente desde el 10 de marzo cuando visitó por primera vez las

instalaciones de la EPS e IPS SALUDCOOP, pues versa documentalmente que hasta el séptimo día de incubación del virus que se proceden a ordenar su hospitalización.

### **2.3.3 Alegatos de Dumian Medical S.A.S.**

Reitera lo expuesto en la contestación de la demanda, señalando que DUMIAN MEDICAL S.A.S. le brindó al paciente los servicios de salud con racionalidad, oportunidad, efectividad, idoneidad y calidad en el momento en que requirió el servicio de acuerdo con sus capacidades técnico-científico permitidos, cumpliendo siempre los protocolos médicos establecidos para el tipo de patología que presentaba al momento de su ingreso y que reposan en la historia clínica.

Indica que se atiende a lo registrado en la historia clínica del paciente. Le correspondía a la parte actora acreditar el nexo causal, como son: 1) daño antijurídico ocasionado en el servicio de UCI y que la parte actora no probó con la demanda, 2) la imputación fáctica 3) el hecho indicador del presunto indicio de la falla relacionada con el servicio de UCI.

### **2.3.4. Alegatos de SALUDCOOP EPS EN LIQUIDACION**

Aduce que la demandada no participó directamente en la atención médica del paciente, se constata que se brindó una atención adecuada y responsable, siguiendo protocolos médicos y garantizando el cumplimiento de órdenes médicas. Se aseguró el acceso a servicios de salud según el Plan Obligatorio de Salud, cumpliendo con atributos de calidad. No se encuentra evidencia de falla en la atención médica ni en el servicio, y el deterioro del paciente parece estar relacionado con su estado crítico y complicaciones médicas, no con la actuación de las entidades involucradas. En caso de no establecerse un vínculo causal, no se puede atribuir responsabilidad ni a particulares ni a la administración, lo que se aplica al presente caso donde a pesar de la atención adecuada, se produjo un desenlace desafortunado debido a las complicaciones médicas.

Para el presente proceso SALUCOOP EPS no participa en la atención medica al paciente , no obstante según su historia clínica el paciente acudió a la IPS CLINICA LA SALLE el 10 de marzo de 2010 sin que conste indicaciones médicas ni tampoco se prueba su remisión a la IPS SAN RAFAEL ,y muy al contrario de los hechos relatados en la demanda obra en su historial médico que en la IPS LA SALLE el medico de turno le llamo para ser atendido y valorado pero no obtuvo respuesta en decir el paciente estaba ausente. Posteriormente consta el mismo día en horas de la noche que el paciente ingreso a la IPS LA SALLE y se deja el registro de la atención prestada. El señor VECINO PICO (qepd) fue reevaluado con posterioridad al tratamiento indicado por el médico tratante donde se indica mejoría de su sintomatología con la ingesta de medicamentos por lo que no es cierto que hubo inoportunidad o falta de acceso a los servicios de salud, son afirmaciones de la demanda sin ningún soporte legal.

Arguye que, SALUDCOOP EPS no tiene responsabilidad en el caso expuesto. Las EPS deben asegurar la atención médica según el POS a través de su red de servicios, mientras que las IPS o ESE brindan la atención directa a los pacientes. Se destaca que los errores son naturales en cualquier actividad humana, incluida la medicina, que no es infalible. Solicita al Despacho rechazar los argumentos y absolver a su representada de los cargos planteados, además de condenar en costas a la parte demandante.

### **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 SALUDCOOP EPS, cuya cuantía no excedía los 300 salarios mínimos legales mensuales, de conformidad con el numeral 6° del artículo 134B del Código Contencioso Administrativo.

Si bien el apoderado de DUMIAN propuso la excepción de falta de jurisdicción, el Despacho debe indicar que al haberse ejercido la acción de reparación directa en contra de una Empresa Social del Estado del nivel departamental apertura la jurisdicción, sin que deba atenderse necesariamente al hecho de la controversia circundante a una responsabilidad por hechos derivados de la seguridad social, al tratarse de un afiliado al régimen contributivo de seguridad social en salud, esto en la medida que el CCA, para estos eventos dispuso de un criterio orgánico para el establecimiento de la jurisdicción y competencia pertinente, de modo que por fuero de atracción también se radica la facultad de conocimiento de las pretensiones frente a los restantes miembros de la parte demandada.

#### **3.2 PRESUPUESTOS DE LA ACTUACIÓN PROCESAL**

##### **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, la muerte del señor Alberto Vecino Pico ocurrió el 19 de marzo de 2010 y la demanda se presentó 05 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 Poder suficiente de la parte actora**

Como excepción previa el apoderado de Dumian alega que los demandantes no confirieron poder para la reclamación de perjuicios de ninguna índole y por lo tanto se presenta una insuficiencia de apoderamiento, sobre el particular, el Despacho no comparte la apreciación del apoderado de la llamada en garantía, pues el poder se confirió para adelantar y culminar la demanda de reparación directa, la que busca en los términos del CCA la indemnización de perjuicios, por lo que, al no haberse limitado este aspecto en el memorial no podría predicarse que el inicio de este tipo de acciones tenga fines únicamente declarativos, situación por la que se despacha desfavorable la excepción.

#### **3.3 EL PROBLEMA JURÍDICO**

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

- ¿Debe declararse que la E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ y SALUDCOOP EPS, son responsables administrativamente y patrimonialmente de los daños causados, a los demandantes con motivo de la muerte del señor

Alberto Vecino Pico ocurrida el 19 de marzo de 2010 por la prestación deficiente y negligente del servicio público estatal de salud, como consecuencia de la presunta falla en el servicio médico en que incurrieron las demandadas tal como lo solicita la parte actora, o si por el contrario no hay lugar a tal declaración, en tanto se brindó la atención requerida por el paciente, siendo la obligación del servicio médico de medios y no de resultados?

- ¿En el evento de encontrarse configurada la responsabilidad administrativa y patrimonial de la ESE HUEM, se debe imponer al llamado en garantía DUMIAN MEDICAL la obligación de resarcir los perjuicios causados?

### 3.4 HECHOS PROBADOS

Del material probatorio arrimado al proceso se pudo constatar que los demandantes con respecto a Alberto Vecino Pico tienen el siguiente parentesco:

Nombre del Demandante	Calidad	Prueba
CLAUDIA VIVIANA VARGAS	Cónyuge	Registro civil de matrimonio (fl.102 PDF01; fl.75 C.Ppal.No.1)
MARIA ALEJANDRA VECINO VARGAS	Hija	Registro civil de nacimiento (fl.73 PDF01; fl.59 C.Ppal.No.1)
GILBERTO VECINO ALDANA	Padre	Registro civil de nacimiento (fl.101 PDF01; fl.74 C.Ppal.No.1)
HERMINDA PICO DE VECINO	Madre	Registro civil de nacimiento (fl.101 PDF01; fl.74 C.Ppal.No.1)
ALIRIO VECINO PICO	Hermano	Registro civil de nacimiento (fl.78 PDF01; fl.62 C.Ppal.No.1)
HUGO VECINO PICO	Hermano	Registro civil de nacimiento (fl.80 PDF01; fl.63 C.Ppal.No.1)
JUAN FRANCISCO VECINO PICO	Hermano	Registro civil de nacimiento (fl.82 PDF01; fl.64 C.Ppal.No.1)
ALVARO VECINO PICO	Hermano	Registro civil de nacimiento (fl.84 PDF01; fl.65 C.Ppal.No.1)
JOSE MANUEL VECINO PICO	Hermano	Registro civil de nacimiento (fl.86 PDF01; fl.66 C.Ppal.No.1)
NELLY VECINO PICO	Hermana	Registro civil de nacimiento (fl.88 PDF01; fl.67 C.Ppal.No.1)
ERMINDA VECINO PICO	Hermana	Registro civil de nacimiento (fl.90 PDF01; fl.68 C.Ppal.No.1)
LINA SUSANA VECINO VECINO	Hermana	Registro civil de nacimiento (fl.92 PDF01; fl.69 C.Ppal.No.1)
AMPARO VECINO PICO	Hermana	Registro civil de nacimiento (fl.94 PDF01; fl.70 C.Ppal.No.1)
ALICIA VECINO PICO	Hermana	Registro civil de nacimiento (fl.96 PDF01; fl.71 C.Ppal.No.1)

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:

- De acuerdo con la historia clínica adelantada por La Clínica La Salle de SALUDCOOP y que fuera remita al expediente de la referencia se advierten las siguientes atenciones (fl.270-339 PDF01; fl.27-42 PDF04; fl.217-264 C.Ppal.No.1; fl.809-823 C.Ppal.No.4):

Fecha ingreso y egreso	Enfermedad actual	Idx – Dx – Anotaciones
10 marzo 2010	Refiere 24 horas con fiebre alta, asociado a sintomatología gripal y malestar general, disnea progresiva con deterioro del estado general	Idx: Bronquitis aguda y se asigna plan terapéutico
11 marzo 2010	Paciente que refiere sentirse mejor	Dx: Bronquitis aguda no especificada, se da salida con fórmula y recomendaciones.
12 marzo 2010	Paciente ingresa a servicio de urgencias con fiebre de 3 días con múltiples manejos, sin mejoría. Paciente ingresa para valoración de exámenes médicos ordenados por consulta externa con 3 días de fiebre y malestar general.	Hora: 11:16 Dx: Fiebre con escalofríos. Se solicita ex. Laboratorio por sospecha de dengue.  Hora: 15:28 Dx Infección viral no especificada. Fiebre no especificada y se asigna plan terapéutico
14 marzo 2010	El paciente consulta por sentirse muy enfermo, con cuadro de 5 días de fiebre, cefalea, malgias, artralgias, astenia, tos seca, disnea, con tratamiento pero los síntomas no mejoran.	Idx Fiebre del dengue. Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada. Se requiere ayuda diagnóstica Rx Torax y se envía plan terapéutico.
14 marzo 2010	El paciente es atendido por medicina interna por 6 días de evolución.	Hora: 16:59 Dx: Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores, se inician antibióticos de amplio espectro y se solicitan ayudas diagnósticas Hora: 17:38 Dx: confirmada. Se indica que paciente requiere hospitalización pero por falta de disponibilidad de camas en la Clínica La Salle, se remite a CUNS.
14 marzo 2010	Se emite boleta de solicitud de cama hospitalaria Corporación IPS Cruz Blanca Clínica La Salle	Hora 17:30 se indica en la historia clínica que no hay disponibilidad de camas y que se debe remitir a la CUNS para continuar tratamiento.

- De acuerdo con la atención médica recibida en la CLINICA UNIVERSITARIA<sup>4</sup> y la ESE HUEM, tanto en Hospitalización, interconsulta como en la Unidad de Cuidados Intensivos se puede extraer la siguiente información (fl.104-265 PDF01; fl. 203-224 PDF03; fl.79-214 C.Ppal.No.1; fl.716-739 C.Ppal.No.3):

<sup>4</sup> Sobre el particular valga resaltar que conforme la información dada por los médicos que declararon en curso de la actuación, la Clínica Universitaria funcionaba en uno de los pisos de la ESE HUEM, pero era de propiedad de SALUDCOOP EPS, sin embargo, el membrete utilizado era del hospital.

Fecha	Aparte de la historia clínica	Consignaciones
15/03/2010 Hora: 08:00	Interconsulta y resumen clínico	Paciente con 8 días de fiebre, tos seca, se manejó con cefalexina sin mejoría clínica. Sepsis de origen pulmonar, NAC de focos múltiples. Inminencia de falla, Dengue??
11:25	Notas de Evolución	Se solicita traslado a UCI por riesgo de fallo ventilatorio y probable requerimiento de soporte ventilatorio mecánico
13:08	Notas de Evolución	Paciente en regulares condiciones generales, paciente con alto riesgo de insuficiencia respiratoria con disfunción pulmonar severa y clínicamente con deterioro quien requiere urgente traslado cuidado intermedio o intensivo ventilador de cabecera y por lo menos soporte CPAP no invasivo, se indica que no se encuentran los resultados de la función hepática y renal solicitada por medicina interna en La Salle. Se informa aun no disponibilidad de UCI en Clínica Universitaria, Medicoquirúrgica, San José, Hospital Erasmo Meoz
18:30	Notas de Evolución	Paciente complicado que se asiste a intubación con saturación 71% se aspira secreciones por boca y por tubo con abundantes secreciones mucopurulentas, se deja con asistencia de ambu, paciente en regulares condiciones.
21:08	Resumen de egreso. Datos de ingreso	Ingresar paciente que hace 8 días aprox. Presenta dificultad respiratoria progresiva asociada a fiebre, recibe tratamiento. Ingresar a la unidad intubado se conecta a ventilador y se inicia sedoanalgesia por desacople al ventilador, se hace Dx. de NAC y se interroga H1N1 se inicia Tamiflu, se solicitan paraclínicos
Hora 23:31	Servicio UCI	Se recibe paciente de la Clínica Universitaria de Santander, con diagnóstico de neumonía asociada a la comunidad AH1N1 intubado. Se realiza terapia respiratoria con aceleración de flujo movilizaciones costales, succión con respuesta de escasas secreciones sanguinolentas se toma cultivo de secreción bronquial. Sesión sin complicaciones.
16/03/2010	Datos de evolución	Paciente en malas condiciones generales, soporte con dobutamin conectada a la ventilación mecánica con persistencia de hipoxemia. TA 110/51 FC 67 FR 18 Febril SAT 90% FIO2 80% CP Ruidos cardiacos rítmicos hipoventilación bibasal. Paciente en muy mala condición general con alta sospecha clínica de neumonía viral (AH1N1) con requerimiento de altos parámetros ventilatorios y permanece hipoxémico, continúa soporte de uci, pronostico vital reservado. Diagnostico de ingreso: NAC Tipo IV H1N1?
12:15		Paciente en malas condiciones generales con alta sospecha clínica de neumonía viral (H1N1) con requerimientos de altos parámetros ventilatorios y permanece hipoxémico, continúa soporte de uci, pronostico vital reservado, se explica a familiares el estado actual del paciente y las posibles complicaciones.
14:47		Paciente en muy malas condiciones generales con persistencia de acidemia metabólica con pobres

16:38			<p>índices de oxigenación y parámetros ventilatorios elevados durante la mañana presentó desacople ventilatorio que requirió cambio de volumen, pronostico malo.</p> <p>Paciente con tendencia a la taquicardia, febril, desaturado 87% a la auscultación estertores en campos pulmonares, según gasimetría arterial continua con disfunción pulmonar severa, con acidosis metabólica, con distress respiratorio, compromiso de los cuatro cuadrantes y un Murray de 3.25</p>
17/03/2010 02:22	Datos de evolución	de	<p>Paciente continua desaturado se modifican parámetros ventilatorios a modo PC PEEP 13 VOL 450 – 510 FIO2 60%</p>
06:03			<p>Paciente con difícil acople a la ventilación mecánica, a la auscultación estertores acidosis metabólica. Se realiza terapia respiratoria, higiene bucal, posicionamiento en cama.</p>
10:32			<p>Mucosas húmedas, cuello móvil, no adenopatías, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, pulmones con escasa movilización de secreciones en ambos campos pulmonares, crepito y roncus de predominio basal derecho, abdomen blando depresible, no signos de irritación peritoneal, extremidades con edema grado I SNC: bajo sedación. Paciente muy grave en UCI, en malas condiciones generales con requerimiento de soporte inotrópico, con distrés respiratorio severo, por lo que se ordena sedación completa para manejo de pulmón difícil de ventilar, reporte de laboratorios que evidencia sodio serico elevado, con IGM para dengue positivo</p>
10:40			<p>Paciente en mal estado general</p>
16:22			<p>Paciente en malas condiciones generales</p>
18:28			<p>Paciente con sepsis severa de origen pulmonar con alta sospecha de H1N1, en el momento con criterios de SDRA en revista médica se ordena balance hídrico negativo y ventilación mecánica en modo presión control con relación invertida.</p>
23:55			<p>Paciente en muy malas condiciones con neumonía grave. Falla respiratoria hipoxémica.</p>
18/03/2010 00:15	Datos de evolución	de	<p>Problemas difícil ventilación mecánica, hipoxia severa, tendencia a la hipotensión. Paciente con mala evolución clínica dada por la dificultad para la ventilación mecánica por lo cual fue necesario iniciar relajación con vecuronio en infusión.</p>
10:08			<p>Paciente muy grave en la unidad en malas condiciones generales, con requerimiento de soporte inotrópico norepinefrina 0.16 MCGM, soporte ventilatorio en modo presión control con persistencia de índices de oxigenación bastante disminuidos, paciente de difícil manejo de la vía aérea, con resistencia a la sedación.</p>
12:05			<p>Paciente en malas condiciones, hemodinámicamente inestable.</p>
17:27			<p>Paciente con gran compromiso pulmonar por SDRA, con tendencia a evolucionar hacia el deterioro de la función renal. Requiere cambio de soporte ventilatorio a el modo APRV con ventilador EVITA. Se ordenan pruebas de función hepática.</p>
21:30			<p>TA 129/49, saturación 58% FC:135, con relación neuromuscular, cardio pulmonar, ruidos cardiacos</p>

		rítmicos, cronotropía controlada, inotropía a partir de dobutamina, pulmones murmullo vesicular disminuido en ambos campos, soporte ventilatorio con parámetros elevados en modo presión control con relación invertida, bajos índices de oxigenación, abdomen blando, depresible, ruidos intestinales positivos, tolerando la nutrición enteral, líquidos administrados. Paciente en mal estado general, signos de SORS hipoxemia refractaria soporte ventilatorio hipernatremia y hipercloremia.
19/03/2010 08:40		Paciente que a su ingreso a esta unidad el 15/03/2010. Cursaba con EA de 8 días de evolución aproximadamente consistente en dificultad respiratoria progresiva asociada a fiebre, recibe tratamiento. Ingresa a esta unidad con soporte ventilatorio, la cual se reajusta y se mantiene. Se inicia sedoanalgesia por desacople al ventilador, se hace DX de NAC clase iii vs. Neumonía atípica por a (H1N1) por lo que se inicia tamiflu, se protocoliza con epidemiología y se agregan antibióticos de amplio espectro, soporte hemodinámico, sin mejorías evidentes lo que conlleva a múltiples reajustes de sus soportes. Desde el día anterior paciente con gran compromiso pulmonar por síndrome de distrés respiratorio agudo, refractario a tratamientos instaurados, se cambia equipo ventilatorio y otras modalidades ventilatorias sin mejoría, lo que obliga reajustes periódicos. Pasa la noche sin respuesta a terapia instaurada, con pésimo estado ventilatorio, hoy en la mañana con evidencia de hemorragia alveolar, cae hipotensión, bradicardia que progresa a asitolia, por lo que inicia reanimación cardiopulmonar avanzada durante 30 minutos, con administración de 7 ampollas de adrenalina y 5 de atropina y 5 uds de vasopresina IV más resto de maniobras de reanimación durante 30 minutos, sin respuesta clínica, observándose dilatación pupilar, se considera fracaso de reanimación, se da por fallecido el paciente y se llama a familiares para comunicarles el hecho de su defunción.

De igual manera se tiene que el esquema antibiótico aplicado al paciente fue el siguiente:

Fecha	Esquema antibiótico
15 marzo 2010	IMIPENEN 500 MR IV CADA 6 HORAS (DO) CLARITROMICINA 500 MG IV CADA 12 HORAS (DIA 1) TAMIFLU 75 MG SNG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
16 marzo 2010	IMIPENEN 500 MR IV CADA 6 HORAS (DI) CLARITROMICINA 500 MG IV CADA 12 HORAS (DIA 0) TAMIFLU 75 MG SNG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS
17 marzo 2010	IMIPENEN 500 MR IV CADA 6 HORAS (2) CLARITROMICINA 500 MG IV CADA 12 HORAS (2) TAMIFLU 75 MG SNG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS. VANCOMICINA 1 GR IV CADA 24 HORAS (1)

18 marzo 2010	IMIPENEN 500 M6 IV CADA 6 HORAS (3) CLARITROMICINA 500 MG IV CADA 12 HORAS (3), TAMIFLU 75 MG SNG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS (2). VANCOMICINA 1 GR IV CADA 24 HORAS (2)
19 marzo 2010	IMIPENEN 500 M6 IV CADA 6 HORAS ( 4 ) CLARITROMICINA 500 MG IV CADA 12 HORAS (4) TAMIFLU 75 MG SNG CADA 12 HORAS POR 5 DIAS VANCOMICINA 1 GR IV CADA 24 HORAS ( 3 ) FLUCONA20L 200 MGS IV C /12 HS ( 1 )

Ahora las notas de enfermería, contienen la siguiente información de relevancia frente al paciente:

Fecha	Nota enfermería
14 marzo 2010	08:00 p.m. Ingresa paciente al servicio de hospitalización consciente orientado con cateter con pico febril de 38.7°C 10:00 p.m. paciente mejora temperatura
15 marzo 2010	02:00 a.m. Se aplica tratamiento IV ordenado, paciente refiere sentirse ahogado por la tos, se realizan 3 MNB c/20 minutos 01:00 p.m. Recibe paciente en la unidad, despierto, tranquilo con máscara de ventury al 50% en posición fowler, con LEV pasando Hartman a 40 cc/h con bomba de infusión, con toldillo para aislamiento vectorial. Pendiente trasladar a UCI. SpO2 83% 01:30 p.m. se llama a UCI HUEM se habla con el Dr. Eduardo quien refiere la posibilidad de una cama de acuerdo a un egreso para hospitalización, se consigue cama en el 2° piso de la CUNS, se espera gestión administrativa para traslado. También se pasa Fax de HC para C. Santa Ana para otra opción de cama en UCI, ya que en otras instituciones no hay disponibilidad de camas. Paciente es valorado por el médico de turno Dr. Castrillón, quien insiste en traslado a UCI paciente tiene monito permanente para vigilancia de signos vitales y poder graficar. 02:10 p.m. Paciente mas intranquilo, con aumento de disnea, con disminución de SpO2 80% a pesar de ventury a 50% Dr. Castrillón ordena Ventury al 100% se instala SpO2 no cambia notoriamente oscila entre 80% - 81%. Dr. Castrillón ordena preparar cama para posible intubación de paciente. Se alista unidad, carro, aspirador, en espera de órdenes médicas. 02:25 p.m. Se llama nuevamente a la UCI HUEM se habla con la jefe Dolores sobre la urgencia de traslado por eminencia de falla respiratoria del paciente, la cual refiere que todavía no está lista la cama que ella llama cuando todo esté listo. 03:00 p.m. Paciente en iguales condiciones generales, monitorizado y vigilado por el médico de turno y la terapeuta SpO2 79-80%. 03:50 p.m. Confirma cama en UCI Clínica Santa Ana, se llama a trabajo social se habla con Merly para ambulancia medicalizada, refiere se hable con el médico de turno la Dr. Karina, se llama al celular de la Dra. La cual confirma que puede realizar el traslado. 04:00 p.m. Dr. Castrillón da orden para intubación de paciente, se inicia proceso de intubación se administran medicamentos IV

<p>para relajación y sedación por orden verbal del médico de turno. Dr. Castrillon en compañía de la terapista de turno intuba paciente en tubo 8.5, se aspiran secreciones, se conecta a oxígeno para ayudar a respirar con ambú. Se instala sonda vesical fOley #14 acystoflo. La médico de turno de la ambulancia la Dra. Karina, estaba presente en la unidad, en compañía de un camillero, durante el proceso de intubación para posterior traslado, el camillero abandona la unidad, se espera que regrese con la camilla y la bala de O2 pero nunca regresó. La Dra Karina se comunica a trabajo social donde le informaron que la ambulancia se la llevó el ingeniero a traer un ventilación mecánica que necesitaban en el hospital, es decir, que no podía realizar el traslado del paciente, la Dra intenta solucionar el inconveniente pero no logró nada.</p> <p>05:30 p.m. Se continua dando ambú por parte del médico, la terapista y la auxiliar de enfermería en espera de traslado en ambulancia.</p> <p>06:20 p.m. Se llama nuevamente para trabajo social para saber de la ambulancia, allí refieren que el médico director de urgencias no autorizó el traslado, que buscamos una ambulancia que tuviera ventilador. Se intenta busca una bala de O2 portátil, pero no se consiguió en toda la institución, pero traslada el paciente en camilla sin ambulancia para la UCI HUEM, se llamó a la clínica La Salle, se le informa a la jefe Liliana Rueda toda la situación, se solicita la ambulancia básica con O2 para traslado en espera de que la envíen.</p> <p>06:50 p.m. Sale paciente intubado conectado a O2 bala portátil en compañía del médico Dr. Castrillón dando ambú, en camilla en posición fowler traslado por los camilleros de la ambulancia con destino a la UCI HUEM con LEV pasando Hartman 40cc/h con bomba de infusión, en compañía de su esposa. Se envía copia completa de la historia clínica de laboratorios y placas de RX</p>
--

- El 23 de marzo de 2010 la Subgerencia de Servicios de Salud de la ESE HUEM, lleva a cabo Comité extraordinario AH1N1 (fl.362-363 PDF01; fl.284-285 C.Ppal.No.1), señaló:

*(...) Resumen de los temas tratados y conclusiones:*

**1. ALBERTO VECINO PICO HCL. 91489157, EDAD 34 AÑOS, EPS SALUDCOOP PROCEDENTE**

*14/03/2010: Remitido de la clínica la Salle en regulares condiciones generales, presenta cuadro clínico de 6 días de evolución asociado a tos seca con posterior expectoración amarillenta, Disnea, manejo con cefalexina sin mejoría clínica; febril TA: 130/80; FC: 98; FR: 20; T: 38.8; S094%; con estertores basales bilaterales RX: Infiltrados mixtos bilaterales .se aumenta espectro de antibióticos para cubrir Gram. positivos y atípicos.*

***DX DE INGRESO:***

- Dengue,
- Neumonía adquirida en la comunidad a focos múltiples II B
- Sepsis de origen pulmonar

***Solicitan traslado a la UCI por riesgo de falla ventilatoria aguda: Gases Arteriales***

muestran Hipoxemia S02 83.7%; requiere ventilador de cabecera y por lo menos soporte no invasivo, cuadro hemático muestra Leucopenia, trombocitopenia con descenso hoy.

18:20 Paciente se complica no satura bien por lo que se solicita ventury al 100%, se

intuba, con saturación del 78%.

INGRESO A UCI 15/03/2010 Ingres a intubado desaturado, se conecta a ventilador, se pasa catéter central y se inicia sedo analgesia por desacople al ventilar, inicio de tamiflu.

16/03/2010 Paciente en malas condiciones Saturación: 85%.TA: 110/51; FR;18: febril persistencia de Hipoxemia, Acidosis metabólica, se inicia Vancomicina.

17/03/2010 Paciente con pronóstico vital reservado persiste con bajos índices de oxigenación, con tendencia a la Hipotensión, Igm para dengue POSITIVO.

18/03/2010 Paciente muy grave con mala evolución clínica dada por la dificultad para la ventilación por lo que se inició relajación con Vecuronio, Hipernatremico, Hipercalemico Presenta injuria renal, coluda, disminución de la diuresis.

19/03/2010 Paciente con gran compromiso pulmonar, lo que ha obligado a reajustes periódicos del equipo y modalidades ventilatorias sin respuesta adecuada paso la noche sin mejoría ala terapia instaurada, hoy evidencia hemorragia alveolar, cae hipotensión, bradicardia que progresa asistolia, por lo que se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada durante 30 minutos, con administración de 7 ampollas de adrenalina y 5 de atropina y 5 de vasopresina sin respuesta clínica, observándose dilatación pupilar, se considera fracaso de Reanimación, se da por fallecido.

#### CAUSA DE MUERTE

- Insuficiencia respiratoria aguda hipoxemica
- Injuria pulmonar • Neumonía adquirida en la comunidad y neumonía atípica
- Caso probable infección por AH1N1

#### DISCUSION

- Si bien es cierto el IgM para dengue fue positivo, la causa de manejo y muerte corresponde a AH1N1.
- Fue manejado de acuerdo a protocolo establecido para tal fin. • Reporte de patología: positivo para virus pandémico.  
(...)"

- El 30 de marzo de 2010 se levanta un acta de reunión No. 1, dentro del proceso de análisis probable mortalidad por H1N1 adelantada por la Alcaldía de San José de Cúcuta – Secretaría de Salud Municipal con relación a la atención del señor Alberto Vecino (fl.368-374 PDF01; fl.290-296 C.Ppal.No.1) y en dicha oportunidad se indicó:

*"(...) La fecha de inicio de síntomas corresponde al día 09/03/2010 con la primera consulta el día 10/03/2010, se puede observar consultas repetitivas (7 consultas) antes de la hospitalización la cual se realiza al sexto día de evolución de la enfermedad (14-03-10) con deterioro del estado de salud y traslado a UCI en el día séptimo de evolución (15-03- 10) y fallecimiento en el día 11 de evolución de la enfermedad (19-03-10).*

*Dentro de los diagnósticos o impresiones diagnosticas realizados al caso se encuentran; Bronquiolitis Aguda no especificada (10/03/2010), Dengue (12/03/2010), Infección viral no especificada (12/03/2010), Faringitis Aguda (13/03/2010), Fiebre del dengue (dengue clásico) - infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada (14/03/2010), Neumonía adquirida en comunidad foco múltiple II, dengue??, sepsis de origen pulmonar (15/03/2010),*

*Probable de neumonía viral de H1N1 (15/03/2010). Insuficiencia respiratoria hipóxica 2 - Neumonía Viral H1N1 – Hemorragia alveolar.(19/03/2010). Evidencia de signos de alarma (disnea) desde el segundo día de evolución de la enfermedad (10/03/2010) registrada en la hoja de atención de la clínica saludcoop.*

*Inicio del tamiflu el día 15/03/2010.*

*(...)*

## **2. PRESENTACIÓN DE LAS CONCLUSIONES DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL (HUEM-SALUDCOOP)**

*La jefa Yeni resalta la oportunidad en la atención ofrecida por parte de la UCI DUMIAN del HUEM al paciente, toda vez que se dieron todos los esfuerzos para recuperar al paciente.*

*El Dr. David Rincón hace referencia a que la neumonía atípica puede ser adquirida en la comunidad y en este caso especial se manera agresiva especialmente atípica. Desafortunadamente el paciente presentó hemorragia alveolar que hacía difícil su recuperación y que es propio del cuadro clínico en neumonía atípica.*

*El Dr. Román hace comentarios respecto a que una cosa es el artículo y otra la patología. En una patología nueva que tiende a enmascararse con otra patología. Recomienda que se tenga en cuenta A H1N1 se ajuste medios de capacitación. En Saludcoop se ha capacitado al personal de forma permanente.*

*(...)*

## **4. CONCLUSIONES**

*• Se evidencia la no sospecha de influenza AH1N1 a pesar de que el cuadro clínico tiene características a tener en cuenta dentro de las definiciones de caso de la guía de manejo.*

*• No existe precisión sobre antecedentes personales que pueden asociarse a la presencia de un cuadro clínico severo como se presentó en el caso.*

*• Si bien el caso se considera como una neumonía atípica hasta su confirmación o descarte por laboratorio según los resultados del Instituto Nacional de Salud, y ante la evidencia de la no sospecha de influenza AH1N1 a pesar de los signos de alarma presentados durante la evolución del caso, se reitera las decisiones tomadas por la Unidad de Análisis institucional efectuada por las prestadoras de salud involucradas en la atención como el desarrollo de un Plan de mejoramiento.*

*• Es importante recordar los lineamientos emitidos por el Ministerio de la Protección Social en relación con el manejo de la información a medios de comunicación.*

*• Se insiste en la capacitación permanente al personal sobre la guía de manejo de influenza AH1N1, se presenta un cuadro con la relación del personal que fue capacitado por parte del Instituto Departamental de Salud – Secretaría de Salud Municipal en el año 2009 (ver anexo) los cuáles se convierte en replicadores de la capacitación; se debe soportar las capacitaciones institucionales realizadas y a realizar en donde se debe involucrar al personal médico.*

*• Se establece la necesidad de cumplir las acciones identificadas como parte del plan de mejoramiento institucional las cuáles se registran a continuación:*

*- Capacitación al personal de enfermería de Saludcoop del tercer piso de la clínica Universitaria en toma de muestra para AH1N1.*

*- Hacer seguimiento a los médicos de los servicios de Urgencias en lo relacionado a manejo de dengue y AH1N1.*

*- Se recomienda a Saludcoop hacer revisión del funcionamiento del triage como se está aplicando en el Hospital.*

*- Trabajar en coordinación las tres instituciones para mejorar la atención a sus usuarios.*

*(...)"*

- El 08 de abril de 2010 se informa por parte del Instituto Nacional de Salud que el resultado de la prueba tomada al señor Alberto Vecino Pico era positiva para el virus pandémico previendo como diagnósticos del paciente Alberto Vecino Pico los siguientes: a) neumonitis aguda severa y exudativa fibrinoide, compatible con

origen viral, b) hemorragia intraalveolar reciente secundaria, c) historia clínica de neumonía adquirida en la comunidad, d) hígado con cambio graso macrovesicular (fl.340-343 PDF01; fl.265-367 C.Ppal.No.1).

- La Corporación IPS Cruz Banca Clínica La Salle emite auditoria del caso (fl.266-269 PDF01; fl.215-216 C.Ppal.No.1) y en ella se concluye lo siguiente: “*Se trata de paciente masculino de 33 años sin antecedentes importantes que consulto a los servicios de urgencias y consulta externa por cuadro clínico consistente en tos seca que evoluciona a expectoración amarillenta, adinamia, astenia, fiebre y dificultad respiratoria la cual al paso de los días se instalo de una manera franca terminando en dificultad respiratoria severa, motivo que lo llevo a la Unidad de Cuidado intensivo para soporte ventilatorio en donde fallece. En los reportes de laboratorio presento leucopenia, trombocitopenia, rayos X tórax con infiltrados múltiples e Igm para dengue positivo. El paciente siempre fue atendido en el servicio de urgencias nunca se negó el servicio y fue valorado por medicina interna quien ordena hospitalizar, en la clínica Cúcuta durante su estancia hospitalaria fue valorado por medicina interna y médico hospitalario y remitido al Hospital Erasmo Meoz a la Unidad de Cuidado Intensivo*”.
- El señor Alberto Vecino Pico falleció el 19 de marzo de 2010 de acuerdo con el registro civil de defunción (fl.99 PDF01; fl.73 C.Ppal.No.1).
- El señor Alberto Vecino Pico desempeñaba el cargo de Gestor II Código 302 Grado 02 de la División de Gestión de Fiscalización de la Dirección Seccional de Impuestos de Cúcuta devengando los siguientes emolumentos a) asignación básica \$2.586.585, b) Incentivo desempeño grupal \$672.512 y c) Incentivo de desempeño de gestión \$258.659 (fl.6-14 PDF02; fl301-308 C.Ppal.No.2)
- El 22 de enero de 2014 se recibe la declaración del médico Campo Elías Angarita (fl.120-121 PDF04; fl895. C.Ppal.No.4) y en ella se consigna lo siguiente:

*“PREGUNTADO: “Sírvese decir al Despacho cual fue la atención prestada por usted al señor ALBERTO VECINO PICO? CONTESTADO: “Como parte del equipo médico de la UCI mi labor consiste en verificar que las ordenes médicas emitidas por el especialista se estén cumpliendo, asimismo estar atento a cualquier complicación que surja durante el turno para ajustar el tratamiento correspondiente en el mismo.” PREGUNTADO: Manifiéstele al Despacho el estado clínico en que se encontraba el señor ALBERTO VECINO PICO al momento de atención en la UCI. CONTESTADO: “Al momento de mi atención se encontraba en pésimo estado general, con falla multiorgánica desaturado, taquicárdico, con ventilación mecánica y altos parámetros en modo presión control con relación invertida; con hipoxemia refractaria, hipernatremia e hipercloremia; recibiendo múltiple tratamiento, antibiótico, tamiflu, sedación, relajación neuromuscular inotrópico y vasopresores a dosis altas; medidas para la hipernatremia, medidas generales. PREGUNTADO: Manifieste al Despacho ¿qué síntomas presentan los pacientes con INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar y cuál es el procedimiento que se debe realizar? CONTESTADO: “Los síntomas globalmente presentes serian de malestar general, decaimiento, tos, cefalea, dificultad respiratoria que iría incrementando en el tiempo a la par que se encontrarían signos clínicos de insuficiencia respiratoria y compromiso de otros órganos según la evolución clínica, comorbilidad del paciente y otros factores que se irían sumando en el transcurso de su evolución. Se debe realizar el abordaje diagnóstico y terapéutico, medidas generales encaminadas a tratar de mejorar condiciones clínicas, hemodinámicas y función de oxigenación pulmonar, equilibrio acido básico, es decir estabilización de la parte metabólica del*

organismo, tratamiento específico para la entidad con el medicamento establecido para la misma.” PREGUNTADO: Diga al Despacho en este tipo de enfermedad es decir, INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar es necesario y oportuna la práctica de imágenes o medios diagnósticos para detectar un diagnóstico temprano de la enfermedad? CONTESTADO: “No soy experto en el tema soy médico general y como tal puedo afirmar que ante un paciente con un cuadro de infección respiratoria que en el tiempo se va complicando, amerita la realización de algunas pruebas de laboratorio generales, junto con imágenes radiológicas de acuerdo al criterio clínico del médico.”

- El 22 de enero de 2014 se recibe la declaración de la médica Ana Lorena Sánchez Bonilla (fl.123-124 PDF04; fl.898-899 C.Ppal.No.4) y en ella se consigna lo siguiente:

“PREGUNTADO: Manifieste al Despacho la entidad en que laboraba y las funciones que cumplía para el lapso de tiempo del mes de Marzo del año 2010? CONTESTADO: “Trabajaba con SALUDCOOP, como médico especialista de medicina interna, vinculada por orden de prestación de servicios, a término fijo inferior a un año, desde mayo de 2009” PREGUNTADO: Se dice en los hechos de la demanda que el señor ALBERTO VECINO PICO, tras ser atendido en el Hospital Universitario Erasmo Meoz, falleció el día 19 de marzo del año 2010, ¿dígame a este Despacho, todo lo que sepa y le conste en relación con estos hechos? CONTESTADO: “La verdad no recuerdo las historia del paciente tendría que revisar la historia clínica.” Acto seguido se le coloca de presente la historia clínica que reposa en el expediente a folios 76 a 298 del Cuaderno No. 1 folios 110 a 229 del Cuaderno de Llamamiento en Garantía, y a folios 807 a 824 del Cuaderno No. 3 CONTESTADO: “Remitiéndome a la historia clínica vista a folio 180 aparece una nota de evolución del 15 de marzo del 2010, firmada por mí, haciendo la claridad que para esa época funcionaba un piso de hospitalización de la EPS SALUDCOOP en las instalaciones de la clínica del Hospital Erasmo Meoz, por eso es que aparece con papel membretado de dicho hospital, lugar que fue remitido luego de su valoración inicial en la Clínica La Salle de SALUDCOOP, en la que se dice: Hombre de 33 años con diagnóstico de neumonía adquirida en comunidad de focos múltiples y dengue versus sepsis de origen pulmonar, encontrando paciente termodinámicamente estable, con recuperación del recuento plaquetario, con fiebre, presencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica por lo que se aumenta el espectro antibiótico en espera de reporte de cultivos realizados en la Salle. Solicito realización de gases arteriales que muestran hipoxemia, por lo que ordeno aumento del aporte de oxígeno y solicito traslado a UCI por riesgo de falla respiratoria y probable requerimiento de soporte ventilatorio mecánico, hasta tanto se ordena monitorización continua de signos vitales. Esa fue la única valoración. Posteriormente en el turno de la tarde registran realización de la entubación al paciente y traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, una vez se contó con disponibilidad de cama en la red de UCI de la ciudad. (...) CONTESTADO: “Inicia como un cuadro gripal, malestar general que suele acompañarse de síntomas respiratorios que evolucionan rápidamente al deterioro, en pacientes que usualmente no tienen antecedentes de patología respiratoria previa, en cuanto al procedimiento se toma muestra de hisopado faríngeo y si es alta la sospecha se inicia cubrimiento con oseltamivir, se realizan todos los paraclínicos para pacientes sintomáticos respiratorios, que presenten hallazgos al examen físico, hemograma, placa de tórax, posteriormente según hallazgos se toman muestras de cultivos de secreción respiratoria o esputo.” PREGUNTADO: Diga al Despacho en este tipo de enfermedad es decir, INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar es necesario y oportuna la práctica de imágenes o medios diagnósticos para detectar un diagnóstico temprano de la enfermedad? CONTESTADO: “Sí claro, siempre a los sintomáticos respiratorios se les toma la placa de tórax que para el caso ya la tenía como consta a folio 173 de la nota de evolución de fecha 14 de marzo de 2010 e igualmente se aprecia a folio 180 adverso donde se

*registra rayos x tórax con infiltrados mixtos parahiliares y laterales hipertensión venocapilar, senos costofrénicos libres, silueta cardiaca normal.” PREGUNTADO: Se dice en los hechos de la demanda y en el escrito de interrogatorio allegado al Despacho, que según las políticas del Ministerio de Protección Social los pacientes con un caso probable de Influenza A (H1N1) o gripa aviar se le debe suministrar el medicamento denominado TAMIFLU desde el primer PREGUNTADO: ¿De la historia clínica que tiene de presente, indique al Despacho desde que fecha y hora se le diagnóstico la sospecha de INFLUENZA A (H1N1)? CONTESTADO: “Desde el día 15 de marzo de 2010, a las 12 del mediodía, según consta a folio 81 vuelto, en respuesta de interconsulta de UCI, iniciándole tratamiento con oseltamivir (Tamiflu), adicional al que recibía con imipenem y claritromicina.” Acto seguido se le concede el uso de la palabra al señor apoderado de la EPS SALUDCOOP para que proceda a interrogar. PREGUNTADO: ¿De acuerdo a su especialidad sírvase decir al despacho cual es el índice de mortalidad de un paciente que padezca H1N1? PREGUNTADO: “Durante la pandemia que hubo solamente vimos un paciente que sobrevivió, los demás fallecieron, fueron muchos, no recuerdo con precisión el número de pacientes atendidos con ese diagnóstico, para la época entre 2010 y 2011 a nivel nacional reportaron mortalidad mayor del 90%” PREGUNTADO: ¿Cuál es el cuadro clínico de un DENGUE hemorrágico? PREGUNTADO: “Cuadro de malestar general, dolor osteomuscular, cefalea, dolor ocular, fiebre, rash cutáneo (brote en la piel), dolor abdominal, rinorrea, tos y puede presentar sangrado por mucosas.”*

- El 22 de enero de 2014 se recibe declaración del médico Eduardo José de la Hoz Merlano (fl.129-130 PDF04; fl.904-905 C.Ppal.No.4) y de esta se trae lo siguiente:

*“CONTESTADO: “Lo atendí los días 17 y 18 de marzo de 2010, según consta a folio 84 y 86 del Cuaderno Principal No. 1, Encuentro un paciente con insuficiencia respiratoria severa, con neumonía adquirida en la comunidad grave y sospecha de neumonía viral, en muy malas condiciones generales, con medicación para mantener tensión arterial y oxigenación a los tejidos, con requerimiento a respirador mecánico y con requerimiento de sedación para poder mantener adecuada oxigenación, sin éxito por estado crítico del paciente. Se le hicieron las maniobras y medicación necesaria para tratar de mejorar condiciones críticas del paciente. (...) PREGUNTADO: ¿De acuerdo a su experiencia sírvase decir al Despacho cual es el índice de mortalidad de un paciente que padezca H1N1? CONTESTADO: “Por experiencia en Unidad de Cuidados Intensivos sin ser epidemiólogo ni estadista, un alto grado de pacientes que ingresan a UCI con un diagnóstico confirmado de neumonía por A (H1 N1) tienen mal pronóstico.”*

- El 23 de enero de 2014 se recibe declaración del médico Ricardo Lacruz Márquez (fl.131-132 PDF04; fl.907-908 C.Ppal.No.4) y de este se extracta lo siguiente:

*“CONTESTADO: “No recuerdo, solicito que se me ponga de presente la historia clínica.” Acto seguido se le coloca de presente la historia clínica que reposa en el expediente a folios 76 a 298 del Cuaderno No. 1 folios 110 a 229 del Cuaderno de Llamamiento en Garantía, y a folios 807 a 824 del Cuaderno No. 3 CONTESTADO: “A folio 809, 810, 811 y 812 del Cuaderno Principal No. 3, lo atendí el 10 de marzo de 2010, a las 9:08, por un cuadro de fiebre de doce horas de evolución, recuerdo que ese paciente llegó del servicio de urgencias, y se le asignó una cita que fue solicitada por él personalmente en la coordinación médica, la cita me la asignaron a mí y el paciente ingresó a la consulta porque tenía un cuadro de 12 horas de evolución de fiebre, con dolor de cabeza, mialgias, artralgias o dinofagia, astenia, en el momento sin ningún síntoma o*

*signo de dificultad respiratoria, sin dolor abdominal sin vómito, sin sangrados y había tomado algunos medicamentos en la casa, pero no habían mejorado los síntomas, eso fue lo que él me indicó ese día. Al examen físico el paciente estaba muy alterado porque me conto que tenía un traslado de trabajo, hicimos empatía y me contó que él trabajaba en la DIAN y tenía un traslado para Santander con un alto estrés laboral. Al examen físico ese mismo día encontré fiebre, solo eso. Decidí iniciar un manejo como el de cualquier pródromo viral, con medicamentos para la fiebre, antiestamínicos, 3 días de incapacidad y lo cite a control sin necesidad que sacara cita conmigo otra vez a las 48 horas. Mirando la historia clínica el paciente consulto a Urgencias de la Clínica la Salle por fiebre a las 23:27, casi 15 horas después que yo lo atendí, aparece reportado en la historia clínica a folio 814, fiebre, síntomas gripales, malestar general y disnea progresiva en las últimas horas, el diagnóstico fue de diagnóstico como los rayos x de tórax, no se solicitan de rutina, sino que se solicitan cuando hay sospecha de una complicación de la enfermedad a nivel del sistema respiratorio. Este paciente ni venia de una zona con diagnósticos de INFLUENZA aviar, ni tenía dentro de su núcleo familiar un miembro con dicho diagnóstico, además que por la similitud de los síntomas con otras enfermedades y el corto periodo de evolución en el momento de las consultas conmigo no daba para sospechar de la enfermedad. PREGUNTADO: Se dice en los hechos de la demanda y en el escrito de interrogatorio allegado al Despacho, que según las políticas del Ministerio de Protección Social los pacientes con un caso probable de Influenza A (H1N1) o gripa aviar se le debe suministrar el medicamento denominado TAMIFLU desde el primer momento o dentro de las primeras 48 horas siguientes. ¿Qué puede decirnos usted al respecto? CONTESTADO: "El TAMIFLU es un medicamento antiviral que actúa sobre unas proteínas de la corteza del virus, más exactamente sobre las hemaglutininas y neuraminidasas, bloqueando la reproducción o replicación del virus, logrando disminuir los síntomas entre 12 y 24 horas de la evolución total de la enfermedad, no es un medicamento curativo o que destruya el virus ya existente, simplemente no permite que el virus se siga multiplicando, por eso no es curativo y por ser una enfermedad viral como todas las enfermedades virales, se debe autolimitar entre 3 a 7 días, sí está en los protocolos de manejo, pero repito que debido a la corta evolución de la enfermedad y a la similitud de comportamiento con otros virus sospeche otros diagnósticos como el dengue (...)"*

- El 23 de enero de 2014 se recibe la declaración de la doctora Delfina Enith Davis Navas (fl.151-152 PDF04; fl.927-928 C.Ppal.No.4) y se trae a colación lo siguiente:

*"CONTESTADO: "Revisada la historia clínica a folio 221 del Cuaderno Principal 1, aparece nota de referencia de fecha 14 de marzo de 2010, a las 17:38 de la tarde, en la que refiero paciente requiere hospitalización, no hay disponibilidad de camas en la Clínica La Salle, se remite a CUNS, Clínica Universitaria de Norte de Santander, cuyas instalaciones se encontraban ubicadas donde funcionó la antigua Clínica del Instituto de Seguro Social, según contrato con el Hospital Erasmo Meoz. De acuerdo a la orden de medicina interna, solo realicé la remisión de hospitalización mas no lo valoré. Esa fue mi única intervención." PREGUNTADO: ¿Manifieste al Despacho si para los días 10 al 19 de marzo de 2010, tenía conocimiento de una alerta de INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar, en caso afirmativo por qué medio se enteró o cuales fueron las medidas tomadas para advertir tales sospechas? CONTESTADO: "Sí conocía de la alerta, por comunicaciones dadas por la Secretaría de Salud. Se realizaron capacitaciones en la Clínica, que consistían en charlas dadas por el Departamento de Epidemiología de la Clínica La Salle, unas guías de manejo que se encontraban en el sistema interno que manejaba SALUDCOOP vía intranet y que todos los médicos teníamos acceso."*

- El 23 de enero de 2014 se recibe la declaración del doctor Jorge Omar Pabón Laguado (fl.53-154 PDF04; fl.929-930 C.Ppal.No.4) y de ella se puede traer lo siguiente:

*“CONTESTADO: “Laboraba en la Clínica La Salle de SALUDCOOP, como médico especializado en medicina interna, vinculado por contrato a término indefinido, desde aproximadamente 12 años, es decir desde el 2002. CONTESTADO: “A folio 172 del cuaderno Principal No. 1 aparece una hoja de evolución de fecha 14 de marzo de 2010 a las 16:04 horas, en la que el Dr. Gabriel Eduardo Soto Escalante solicita interconsulta de medicina especializada interna, que es contestada en la misma fecha a las 16:59 horas, y es atendido por mí, quien elaboro la evolución, ordeno un tratamiento médico. El paciente estaba en aceptable estado general con signos vitales normales e hidratado, aunque febril, con hallazgos anormales en la auscultación pulmonar, al examinarlo, presentaba roncus y estertores en ambas bases pulmonares y en radiografía se evidenciaron infiltrados mixtos bilaterales, por lo cual hago diagnóstico de NAC de focus múltiples, es decir, neumonía adquirida en la comunidad, para lo cual ordeno tratamiento con amikacina sulfato, imipenem monohidrato y dipirona sódica. Así mismo solicito exámenes de laboratorio; hemocultivos, pruebas de función hepática y renal, y control de cuadro hemático. Además, se ordena oxígeno, micronebulizaciones y lactato de ringer (suero intravenoso), de 500 cms3 o ml, cada 4 horas. Se ordena la hospitalización del paciente. Es la única vez que lo atendí. PREGUNTADO: ¿Manifieste al Despacho que síntomas se presentan a los pacientes que padecen INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar? CONTESTADO: “Se presenta como un cuadro clínico respiratorio que cursa con dificultad respiratoria, fiebre y mal estado general.” PREGUNTADO: Cuando hay sospecha de un paciente con síntomas de INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar, ¿cuál es el procedimiento que se debe realizar? CONTESTADO: “Se deben tomar las muestras de hisopado faringe, aislamiento y medidas generales que incluyen tratamiento con antiviral osetamivir (Tamiflu). Se le toman radiografía del Tórax, cuadro hemático.” PREGUNTADO: Teniendo en cuenta sus respuestas anteriores, es decir, cuando tuvo en sus manos la radiografía del paciente ALBERTO VECINO PICO, ¿se pudo evidenciar alguna mínima sospecha de que el mencionado señor pudiese padecer de la enfermedad INFLUENZA A (H1N1)? CONTESTADO: “Para la fecha en que atendí al paciente, esto es el 14 de marzo a las 2010, a las 16:59 horas, habían transcurrido seis (6) días de su enfermedad y según consta en la evolución el paciente estaba en aceptable estado general, con tensión arterial y frecuencia cardíaca normales y sin signos de inminencia de fallas respiratorias, la radiografía mostraba focos múltiples de una neumonía en apariencia bacteriana, por lo cual se inició manejo con antibióticos, y líquidos endovenosos (...).”*

- El 29 de enero de 2014 se recibe la declaración del doctor Eduardo quintero Gelvez (fl.175-177 PDF04; fl.952-954 C.Ppal.No.4) y de tal se extrae lo siguiente:

*“CONTESTADO: “Revisé las historias clínicas de la prestación de servicios realizada en el Hospital Erasmo Meoz al señor ALBERTO VECINO PICO (q.e.p.d), que obran en los folios antes mencionados y no encontré ningún registro clínico en que yo haya prestado mis servicios como profesional de la salud asistencial, sin embargo, sí participe en la revisión del informe de queja antes señalada, como perito médico (Auditor médico) del Instituto Departamental de Salud, para la oficina de Vigilancia y Control Institucional del mismo, donde el señor Ortiz Arciniegas interpuso la queja relacionada con el fallecimiento del señor antes mencionado, por la prestación de los servicios de salud del mismo y que culminaron con el fallecimiento presuntamente por deficiencias en la prestación del servicios de salud, donde se concluye en el informe de Auditoria Médica de Historia Clínica, de conformidad con el Decreto 1011 del 2006 artículo 3, que establecen las características del Sistema Obligatorio de la Garantía de la*

Calidad de la Prestación de los Servicios de Salud en Colombia, (ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD), en cuanto a la accesibilidad en el informe de auditoría no se encontraron fallas, pudo acceder a los servicios; en cuanto a la oportunidad, tampoco se encontró falla, fueron oportunas las atenciones; en cuanto a la seguridad, se le prestaron los servicios que requería; en cuanto a la pertinencia, se le hizo todo lo medicamento posible al paciente en mención y lo que se tenía que hacer; por último, en cuanto a la continuidad, se le garantizó la atención todo el tiempo, pero aplicada la Ley 100 de 1993, artículo 2, inciso a), que trata sobre la eficiencia, se dijo en el citado informe que la IPS Clínica SALUDCOOP La Salle no utilizó los recursos suficientes para hacer el diagnóstico oportuno de la patología que realmente padecía el paciente, al parecer H1N1 y fiebre por Dengue hemorrágico, según el reporte del Instituto Nacional de Salud que reposa en el expediente (folio 331), como también se estableció que los médicos tratantes no solicitaron los paraclínicos suficientes para poder realizar los diagnósticos, los cuales se hicieron post mortem, como se puede verificar en el informe de Instituto Nacional de Salud, es el informe de anatomía patológica, que obra a folio 267 del cuaderno principal No. 1, en el cual se confirma el resultado de IGM positivo para fiebre por Dengue hemorrágico y por anatomía patológica de tejido pulmonar se reporta (Neumonitis Aguda Severa y Exudativa fibrinoide, compatible con origen viral, hemorragena intra-alveolar reciente secundaria. Historia Clínica adquirida en la comunidad. Hígado con cambio graso Macrovesicular) en el folio 208 aparece un reporte del resultado de muestra analizada de ensopado nasofaringe y las muestras tomadas al cadáver, pulmón izquierdo, derecho y tráquea, dando como resultado "VIRUS PANDEMICO", que quiere decir, una infección que se expande con mucha rapidez, por toda una región o continente y para esa época estábamos en alerta epidemiológica por la propagación del virus H1N1, por tanto se conceptúo lo siguiente; "Por todo lo anterior descrito, esta Auditoría Médica encontró que en la prestación de servicios de salud del señor ALBERTO VECINO PICO, con CC Numero se pueden evidenciar presuntas Fallas de tipo Administrativo que posiblemente llevaron al desenlace que terminó en Hipoxia por reanimación que sufrió la (sic) paciente. Presunto Incumplimiento del artículo 3 en lo anotado en esta auditoría del Decreto 1011 del 2006. Falla de tipo médico por al aplicar del artículo 10 de la y (sic) 23 1981." Recomendando a la Directora del Instituto Departamental de Salud, ordene abrir investigación administrativa en contra de la Corporación Cruz Blanca IPS Clínica SALUDCOOP la Salle, a fin de determinar las presuntas fallas de tipo administrativo, y remitiendo el expediente al Tribunal de Ética Médica de Norte de Santander para que ellos determinen la responsabilidad de la falla médica encontrada y realicen las acciones pertinentes. PREGUNTADO: ¿Manifieste al Despacho que síntomas se presentan a los pacientes que padecen INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar? CONTESTADO: "El paciente presenta tos productiva (expectoración), dificultad para respirar, fiebre que compromete muy rápido al paciente en su estado general, en dos (2) días un paciente tiene que estar hospitalizado con esos síntomas, cuando normalmente un paciente con los mismos síntomas puede manejarse ambulatoriamente (en su casa). La diferencia es el estado general en que llegue el paciente a la consulta, si es un paciente que está deteriorado, con mucha dificultad, que no cede la fiebre con los manejos médicos, que los dedos y boca se ponen morados, se debe hospitalizar" PREGUNTADO: Cuando hay sospecha de un paciente con síntomas de INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar, ¿cuál es el procedimiento que se debe realizar? CONTESTADO: "Primero determinar si el paciente ha viajado fuera del país a zonas donde ya se han hecho diagnósticos de H1N1 y haya estado en contacto con pacientes, familiares o amigos que procedan de regiones donde se han hecho diagnósticos de esta enfermedad o con pacientes sintomáticos respiratorios, si la respuesta es positiva, se inicia con la toma del hisopado nasofaringe (prueba diagnóstica para detectar si tiene el virus), esta se realiza con un hisopo (copito largo) estéril, que viene en un kit, en un tubo de ensayo al vacío, y se toman las muestras en nariz y en faringe. Se introduce nuevamente en el tubo, se sella y se envía para análisis. Y el otro paso se le

*inicia el esquema de TAMIFLU, solo con la sospecha. Este medicamento el Instituto Nacional de Salud lo envió al Instituto Departamental cantidad suficiente para que fuera distribuido a todas las IPS públicas y privadas, que hacen parte de la red de salud del Departamento.” PREGUNTADO: Teniendo en cuenta su respuesta anterior, ¿tal medicamento fue suministrado antes de la muerte del señor ALBERTO VECINO PICO? CONTESTADO: “Sí, porque las alertas se habían prendido mucho antes de que este paciente falleciera, como aproximadamente cuatro (4) o cinco (5) meses antes. Esas alertas se hicieron por televisión, radios, medios escritos locales y nacionales, internamente en todos los hospitales y clínicas se da la orden de toma de muestras de H1N1 a pacientes que consulten por síntomas respiratorios de evolución muy rápida, de estar bien a estar muy comprometido su estado general.” PREGUNTADO: ¿Considera usted que es necesario ordenar la práctica de algún medio radiológico para esclarecer los síntomas presentados por un paciente con sospecha de INFLUENZA A (H1N1) o gripa aviar? CONTESTADO: “Sí claro. Si el paciente tiene un proceso respiratorio que evoluciona muy rápido al deterioro de su estado general, el medio más sencillo de desvirtuar si están comprometido sus pulmones es una radiografía de primer nivel, que nos ayuda a mirar según la imagen que se encuentre, si hay alguna características que nos oriente, si hay neumonía, bronquitis o bronconeumonía o no hay ningún cambio en la imagen radiológica de los pulmones.” Acto seguido se le concede el uso de la palabra al señor apoderado de la EPS SALUDCOOP para que proceda a interrogar. PREGUNTADO: Sírvase decir al Despacho, ¿cuál fue la causa de la muerte del paciente? CONTESTADO: “La verdadera causa de la muerte del paciente, se hizo por patología post mortem, después de su fallecimiento, como reposa en el informe de anatomía patológica, realizado por el Instituto Nacional de Salud.” PREGUNTADO: ¿Considera usted que esa muerte era evitable? CONTESTADO: “Revisando las estadísticas que tenemos de pacientes que han estado expuestos a este virus y al Dengue hemorrágico. Las muertes por Dengues hemorrágico se pueden prevenir porque al paciente se le puede hacer seguimiento temprano de su cuadro clínico, a través de la consulta médica, porque paciente que está consultando por fiebre que no cede al manejo de medicamentos se cita para controles médicos y de laboratorio, para vigilar su estado general y los resultados de laboratorio. Y si se encuentra comprometido su estado general y el descenso brusco de plaquetas, el paciente se hospitaliza para vigilancia más estricta y se le aplica el protocolo. Ahora con el virus H1N1, la mortalidad es muy alta, pero si se hace la sospecha temprana y se hospitaliza el paciente y se inicia el manejo como una neumonía y además se le suministra TAMIFLU, algunos pacientes han logrado sobrevivir, el diagnóstico real de dicho virus es la Neumonía Necrotizante, que quiere decir, que pudre los tejidos del pulmón, siendo irreversible, al pudrirse los tejidos puede presentar una infección generalizada llamada sepsis, que conlleva a la muerte del paciente por las dos causas, no tener pulmón (necrosado) y la infección tan severa”*

- Se recibió la declaración de los señores Flor Emilia Rodríguez, Frady Liliana Cordero, Fanny Calderón Ortiz, Luis Carlos Villareal y Dora Isabel Almeida quienes relatan la afectación familiar desde la esfera sentimental por la muerte del señor Alberto Vecino Pico (fl.198, 233-234, 236-237, 256, 258-259 PDF04; fl.972, 994, 996, 1009 y 1012 C.Ppal.No.4).
- El 16 de enero de 2015, rinde dictamen pericial el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en específico por el Dr. Jairo Hernando Vivas Díaz en su condición de Coordinador del Grupo Nacional de Patología Forense (fl.320-327 PDF04; fl.1060-1066 C.Ppal.No.4) de igual manera, dicho dictamen fue adicionado a petición de parte el 23 de abril de 2015 (fl.357-358 PDF04; fl.1087-1088 C.Ppal.No.4) y en este estudio se indicó lo siguiente:

#	Cuestionario	Respuesta
	<p>Realizar dictamen pericial, sobre la atención recibida, procedimiento y tratamiento, donde se rinda concepto frente al caso concreto si hubo oportunidad, continuidad, suficiencia, integridad, eficiencia, razonamiento lógico científico, si los médicos tratantes adoptaron las medidas necesarias así como si se utilizaron debidamente los medios que estaban a su alcance para determinar en el momento oportuno la patología que afectaba al señor VENCINO PICO, y por ende, si el tratamiento a seguir fue el mejor.</p>	<p>En relación a la información aportada se evidencia que hubo oportunidad en la prestación del servicio ya que en todas las ocasiones que el paciente consulto, fue atendido sin que se hubiese negado el servicio, existió continuidad en el sentido en que fue valorado en cada una de las oportunidades que acudió dando manejo medico según los síntomas referidos por el paciente y los hallazgos médicos encontrados, suficiencia ya que se brindaron los medios técnicos y científicos para el diagnóstico y manejo del paciente, existió integridad ya que en la atención y manejo del paciente, se contó con el apoyo de especialistas en diferentes áreas como medicina interna, fisioterapia, nutricionista, enfermería, medicina general, que constituyen manejo integral del paciente. Existió además racionalización técnico científica en el manejo del paciente, ya que se pusieron a su alcance los elementos necesarios para la preservación y recuperación de su estado de salud. Sin embargo, cabe resaltar que existen enfermedades de tipo viral que pueden progresar de manera dramática y complicar el estado de salud del paciente de manera muy rápida a pesar del tratamiento médico realizado, como es el caso objeto de investigación, más aun cuando en los reportes del caso se evidencia positividad para dengue y para virus pandémico de A(H1N1).</p>
1	<p>¿Cuáles fueron las condiciones clínico – patológicas del paciente registradas en el momento de asistencia el 10 de marzo de 2010?</p>	<p>El paciente consultó por presentar fiebre, cefalea, mialgias y astenia, el cual se había manejado con noxpirin, ibuprofeno y amoxicilina automedicado.</p>
2	<p>¿Cuáles eran las impresiones diagnósticas para el 10 de marzo de 2010?</p>	<p>De acuerdo a la sintomatología presentada por el paciente y la clasificación CIE10 los posibles diagnósticos fueron:          J00 Rinofaringitis Aguda (Resfriado Común)          R500 Fiebre con escalofríos</p>

		R501 Fiebre persistente R509 Fiebre no Especificada B349 Infección Viral No Especificada
3	¿Para las siguientes consultas del paciente, cuáles fueron los diagnósticos emitidos, la base científica para su determinación y si se ajustaron dichos diagnósticos a los protocolos de salubridad y las condiciones del mismo paciente?	En las consultas médicas posteriores se plantearon los siguientes diagnósticos 10/03/2010 hora 23:27 Dx J209 Bronquitis Aguda No Especificada 12/03/2010 hora 11:16 Dx R500 Fiebre con Escalofríos 12/03/2010 hora 15:28 Dx C349 Infección Viral No Especificada y R509 Fiebre No Especificada 14/03/2010 hora 12:10 p.m. Dx A90X Fiebre de Dengue (clásico) J069 Infección Aguda de las Vías Respiratorias Superiores No Especificada. Posteriormente el día 14/03/2010 se hizo diagnóstico de neumonía y dengue hemorrágico por lo que se remitió a UCI para su manejo. Los diagnósticos se realizaron con base en los hallazgos y síntomas presentados por el paciente y el manejo se ajustó a los mismos.
4	¿Cuáles eran las posibilidades clínicas o terapéuticas pertinentes frente a la condición del paciente?	De acuerdo con la información aportada, teniendo en cuenta los síntomas clínicos y el resultado del hemograma del día 12/03/2010 en donde se documenta un cuadro clínico de tipo viral se considera que el manejo terapéutico es adecuado en el contexto del paciente, además de que se dieron recomendaciones de seguimiento ambulatorio.
5	¿Cuál fue la opción hospitalaria y terapéutica determinada por el cuerpo médico tratante?	De acuerdo a la historia clínica en el momento en que el paciente presenta complicación de su estado de salud, se decide dar manejo hospitalario y por su rápida progresión es trasladado a UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.
6	¿En qué consistió el servicio de salud prestado al paciente por la red IPS?	El servicio médico prestado al paciente consistió en consultas de urgencias, consulta externa, hospitalización y manejo en unidad de cuidado intensivo.
7	¿En el transcurso de la atención brindada, se trató adecuadamente al paciente?	Con base en la historia clínica y de acuerdo con los síntomas referidos por el paciente y las ayudas

	<p><u>Aclaración:</u> ¿En el transcurso de la atención brindada se trató adecuadamente al paciente?</p>	<p>diagnósticas se dio manejo médico ajustado a la patología del paciente.</p> <p><u>Aclaración:</u> La respuesta a la pregunta número 7, hace referencia a que el tratamiento médico de soporte, exámenes paraclínicos e interconsultas estuvieron acordes con los signos y síntomas que presentó el paciente durante su enfermedad. Como se determinó en los reportes de estudios para Dengue y AH1N1, los cuales reportan positivos para ambas entidades, los dos constituyen cuadros virales con presentaciones clínicas similares, se considera que la conducta medica es acorde con este cuadro viral presentado por el paciente.</p>
8	<p>¿En qué consiste la patología AH1N1 y cuál es el tratamiento a realizar?</p>	<p>La patología AH1N1, corresponde a un tipo de gripe (pandemia que surgió en el 2009). Es causado por una variable del Influenzavirus A, subtipo H1N1. La denominación de influenza, se utiliza para las afecciones provocadas por los virus de la familia Ortomixoviridae y la subfamilia ortomixovirus, dentro de las cuales se clasifican en 3 grandes grupos A, B y C.</p> <p>En cuanto al tratamiento debe ser sostenimiento clínico de acuerdo a los síntomas presentados y como antivirales específicos se utilizan el oseltamivir y el zanamivir los cuales se utilizan en los casos sospechosos y confirmados de H1N1</p>
9	<p>¿Cuál puede ser su presunto origen?</p>	<p>El rigen de lo virus corresponden a fragmentos de la gripe porcina, humana y aviar los cuales mutan rápidamente para ser infecciosos.</p>
10	<p>Según historia clínica, ¿el paciente presentó signos de padecer AH1N1 en algún momento de su atención desde el 10 de marzo de 2010?</p> <p><u>Aclaración:</u> ¿si el paciente desde el 10 de marzo de 2010 presento signos compatibles con AHI NI ya que al</p>	<p>Para ese momento el paciente presentaba cuadro clínico compatible con proceso viral, sin embargo, este puede ser atribuible no solamente al virus AH1N1, ya que existen muchas otras cepas víricas que producen cuadros clínicos muy similares. La confirmación o descarte de los casos de AH1N1 se realiza mediante análisis de laboratorio de virología</p> <p><u>Aclaración:</u> Como se expuso en la respuesta numero 10 los síntomas</p>

	usted decir que no solamente es atribuido al AH1N1, da a entender que si los presentó desde el primer momento, indique si el paciente ALBERTO VECINO PICO presento síntomas del virus A H1N1, si es así desde que momento y si en el primer momento de presentarlos se procedió a confirmar o desvirtuar con examen de virología la presencia del mismo y si se debía hacer teniendo en cuenta que existía alerta epidemiológica de este virus para el momento de los hechos?	presentados por el paciente no se pueden atribuir única y exclusivamente al virus de AH1N1 ya que existen multiplicidad de cepas víricas como dengue, influenza, parainfluenza, virus sincitial respiratorio y otros, los cuales presentan características clínicas similares. Como en efecto se confirmó presencia de virus del dengue y AH1N1 en el caso de análisis.
11	¿Conforme a la historia clínica aportada en el proceso, SALUDCOOP EPS cumplió a cabalidad su obligación legal determinada en la ley 100 de 1993 garantizando la prestación del servicio de salud por medio de los médicos e IPS contratadas?	Esta pregunta no es de índole forense ya que es evidentemente de tipo administrativo. Por tanto debe contestada por otra institución (Superintendencia de Salud, Secretaria de Salud), luego de una investigación al respecto.
12	¿SALUDCOOP EPS autorizo oportuna y debidamente cada uno de los procedimientos y tratamiento requeridos por el cuerpo médico tratante del paciente en su atención de salud prestada en la IPS?	Ver respuesta anterior
13	¿Establecer en la historia clínica cuando fue la fecha exacta en que se diagnosticó el virus de la influenza H1N1 a paciente ALBERTO VECINO PICO? <u>Aclaración:</u> ¿Aclarar si los síntomas presentados desde el 10 de marzo del 2010 eran compatibles con el virus A H1N1 y si es así si se encuentra diagnostico antes de la fecha que refiere su respuesta?	El diagnostico presuntivo de neumonía por A(H1 NI) se realizó el día 15/03/2010 y se inició manejo con oseltamivir. <u>Aclaración:</u> ¿Como se expuso en la respuesta numero 10 los síntomas presentados por el paciente no se pueden atribuir única y exclusivamente al virus de AH1N1 ya que existen multiplicidad de cepas víricas como dengue, influenza, parainfluenza, virus sincitial respiratorio y otros, los cuales presentan características clínicas similares. Como en efecto se confirmó presencia de virus del dengue y AH1N1 en el caso de análisis?
14	¿Si a partir del día 15 de marzo de 2010 fecha en que se registró el ingreso del paciente a la UCI	De acuerdo a las ordenes médicas y notas de enfermería, se aplicó esquema para el virus A(N1H1) con

	DUMIAN se aplicó el protocolo médico y se administró la droga o medicina existente en esos momentos para la pandemia del virus H1N1?	Tamiflu® 75 mg cada 12 horas, ordenado por 5 días. Tamiflu corresponde a una de las marcas registradas de Oseltamivir, que como se mencionó previamente corresponde a uno de los antivirales específicos utilizados para esta enfermedad.
15	¿Cuál es el tiempo de incubación del virus de la pandemia de H1N1 y en qué momento debe contrarrestarse?  <u>Aclaración:</u> ¿Aclarar según su respuesta si el manejo específico de AH1N1 pudo establecerse por un examen de virología en el primer momento que presento síntomas de este virus?	El tiempo de incubación del virus puede ser entre 5 a 7 días y los síntomas pueden permanecer hasta por 2 semanas. Se debe iniciar manejo específico una vez realizado el diagnóstico. <u>Aclaración:</u> No existe relación entre la pregunta número 15 del dictamen 19-2010 GNPF y la solicitud de aclaración de la presente solicitud
16	Si el TAMIFUL es un tratamiento farmacológico indicado para tratar el virus de la influenza H1N1	Contestado previamente, ver respuestas a preguntas 8 y 14.
17	Si detectado a tiempo de permanencia del paciente ALBERTO VECINO PICO en la UCI DUMAIN, se aplicó el protocolo o guía médico adecuado para tratar la patología que presentaba.	Se considera que según lo aportado en la historia clínica el medicamento se inició en el momento en que se planteó el diagnóstico.
18	¿Cómo era el estado general de salud en que se encontraba el paciente al momento de su ingreso a la ESE HUEM- UCI CUMIAN S.A.	El paciente ALBERTO VECINO PICO ingresa al servicio de UCI con un cuadro de dificultad respiratoria severa ya que requirió intubación y manejo con ventilación mecánica con un pronóstico reservado como se describió en las notas de evolución de la UCI.

Finalmente se advierte que la parte actora formuló tacha por error grave al dictamen pericial rendido, sin embargo, teniendo en cuenta la falta de diligencia probatoria que permitiera contar con un segundo dictamen, el Despacho no da lugar a la petición de tacha en la medida que las preguntas y observaciones fueron absueltas por el perito, así mismo, se aportó copia de la historia laboral del funcionario que elaboró el estudio y en este reposan las certificaciones que avalan la condición en la que presentó la experticia.

### 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, la parte actora no logró acreditar la falta de atención médica oportuna en favor del ahora fallecido, así mismo, el pronóstico para los pacientes que padecían AH1N1 era reservado, no habiendo sido posible establecer una pérdida de oportunidad en cabeza del señor Alberto Vecino Pico en

atención a la necrosis pulmonar que causaba el virus y a la baja tasa de supervivencia relatada por los galenos en curso de sus declaraciones.

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”*<sup>5</sup>.

### **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 enfermedad<sup>6</sup>.

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

---

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> 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).

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 etiología<sup>7</sup> 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 enfermedades<sup>8</sup>.

### **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, satisfacción del plan de prestación en su integridad (actividad que supone no abandonar al enfermo y cuidar de él hasta darlo de alta)”*<sup>9</sup>

### **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

---

<sup>7</sup> Etiología: causa de la enfermedad.

<sup>8</sup> 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>.

<sup>9</sup> 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).

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 Alberto Vecino Pico falleció el 19 de marzo de 2010 luego de padecer una patología conocida como neumonía bacteriana derivada del virus pándemico AH1N1, situación que se puede acreditar con el registro civil de defunción serial No. 80295065-3<sup>10</sup>. Cumpliéndose de tal manera el primer elemento de responsabilidad extracontractual, no quiere decir lo anterior que en el presente proceso se reclame que la muerte fue causada por el personal médico sanitario, sino que por el contrario, lo que se reclama es la falta de atención médica diligente y que conllevara al fatal desenlace del aludido.

Así las cosas, para el Despacho se encuentra acreditado el primer elemento de responsabilidad, 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 que, la parte actora basa su argumento bajo la óptica de que, se omitió la revisión de la patología sufrida por el señor Vecino Pico y que conllevó a que finalmente perdiera la vida.

En la demanda se relatan ciertos escenarios constitutivos de afectación al servicio de salud del señor Vecino Pico y que se estudian de forma individual en esta oportunidad, para establecer si existió en primer lugar imputación fáctica y a continuación si las que causaron la anterior, también se encuentran cobijadas por la imputación jurídica.

**i) No existió ni pertinencia, ni oportunidad y mucho menos calidad en el servicio médico prestado por las entidades demandadas:** frente a este primer supuesto alegado por la parte actora, se ha de indicar que, conforme con lo que reposa en la historia clínica y el dictamen pericial, la atención médica no fue negada al señor Alberto Vecino Pico, quien fue atendido entre los días 10 al 14 de marzo de 2010 (este último hasta las 17:30 horas del día) en la Clínica La Salle, a continuación, fue atendido los días 14 y 15 de marzo de 2010 en la Clínica Universitaria y finalmente, lo fue en la Unidad de Cuidados Intensivos de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz desde las 21:08 horas del 15 de marzo hasta las 08:40 del 19 de marzo de 2010, fecha última en la que muere.

De igual manera se advierte que, la víctima se encontró en buenas condiciones generales hasta el 14 de marzo de 2010, previa consulta en cuatro oportunidades anteriores y una vez efectuada la consulta con el médico internista, se ordenó su hospitalización por presentar Neumonía Adquirida en Comunidad.

De acuerdo con el dictamen rendido, se tiene que al señor Vecino Pico no le fue negada la atención en salud, pues en todas las oportunidades fue

---

<sup>10</sup> Folio 73 cuaderno principal No.1

atendido, valorado y tratado de acuerdo con los síntomas, así como, atendido por los especialistas en diferentes áreas de la medicina. Así las cosas, para el Despacho este primer argumento no puede prosperar, pues no se cuenta con soporte probatorio suficiente para poder predicarlo.

**ii) Los médicos tratantes no solicitaron desde el primer momento imágenes ni medios diagnósticos para lograr un adecuado diagnóstico de la enfermedad:** frente a este aspecto, el Despacho considera que de acuerdo con el ingreso reportado el 14 de marzo de 2010, según la historia clínica se dispone de Idx fiebre del dengue e infección de vías respiratorias superiores y requiere ayuda diagnóstica (Rx torax), ese mismo día es atendido por medicina interna a las 16:59 horas, en la que se da como diagnóstico infección aguda no especificada de vías respiratorias inferiores y se inician antibióticos de amplio espectro, así mismo, se ordena hospitalización en la CUNS por falta de camas en la Clínica La Salle.

Por otra parte, de la declaración del médico Ricardo Lacruz Márquez, quien atendió al señor Alberto Vecino en consulta externa el 10 de marzo de 2010, en eventos como el indicado por el paciente no se hace necesario la remisión de rayos X, pues estos, solo se remiten ante la sospecha de complicación de la patología, por lo que ello implica que al estudio efectuado por este médico no se requería en el caso concreto y para la atención relacionada con la recibida dicho día. Se concluye entonces que, el requerimiento de la imagen diagnostica conforme con el análisis clínico solo se presentó el 14 de marzo de 2010, por lo que al no haberse probado que la misma era necesaria con anterioridad, no prospera el argumento.

**iii) La entidad prestadora del servicio médico no asumió con seriedad la patología con la cual ingresó el paciente al servicio, se dio de alta en condiciones de salud que no ameritaban su salida, máxime cuando en un mismo día ingresaba dos veces:** sobre el particular, el Despacho debe indicar que no es posible estudiar esta causal alegada, en la medida que no puede llegar a confundirse la actividad de la EPS con aquellas desplegadas por las IPS del servicio contratado, en tanto que la situación se predica de la atención médica recibida en la Clínica La Salle, la que corresponde a una persona jurídica que no fue demandada y de la que tampoco reposa como llamada en garantía, no siendo pertinente estudiar la conducta de quien no descansa en uno de los extremos de la actuación.

**iv) Diferentes diagnósticos sin tener verdaderas pruebas para ello, además con graves omisiones e inconsistencias:** según la parte actora la atención recibida el 10 de marzo de 2010 arrojó como diagnostico bronquitis aguda, frente al particular, el Despacho advierte que la parte actora en igualdad a la situación anterior, pretende endilgar responsabilidad por actuaciones de sujetos diferentes al extremo pasivo, por lo que no puede efectuar el estudio propuesto.

**v) Los tratamientos mandados no fueron efectivos por no existir un real diagnóstico:** la circunstancia alegada por la parte, no se encuentra acreditada, en razón a que de acuerdo con el dictamen pericial *“la información aportada, teniendo en cuenta los síntomas clínicos y el resultado del hemograma del día 12/03/2010 en donde se documenta un cuadro clínico*

de tipo viral se considera que el manejo terapéutico es adecuado en el contexto del paciente". Así mismo, que una vez se presentan las complicaciones del estado de salud, se procede con la hospitalización y por la rápida progresión es trasladado a unidad de cuidados intensivos, bajo la esfera que la atención médica es una actuación de medios y no de resultados, el paciente recibió los diagnósticos y las impresiones diagnósticas dadas conforme con la sintomatología y la revisión que sobre este se hicieran, situación que debe contemplar que la misma podía atribuirse a otras.

**vi) No se puso a disposición del paciente todos los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propendan por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso:** la parte actora aduce que la atención no fue esmerada, pero esta situación no puede acreditarse en el caso concreto, conforme con el contenido de la historia clínica y del dictamen pericial aportado por Medicina Legal, en tanto no se acreditó que la sintomatología fuese extraña para el diagnóstico o impresión diagnóstica reseñada por el médico de turno, así mismo, se continúan cuestionando la atención de la IPS Clínica a Salle sin que la misma pueda ser objeto de análisis.

**vii) No se cumplen los criterios de manejo ambulatorio (paseo de la muerte – falta de exámenes pertinente para la adecuada formulación por alerta epidemiológica):** para el Despacho no es suficiente con alegar que el paciente tenía síntomas para caso probable de AH1N1, pues se recuerda que la actuación médica es de medios no de resultados, por lo tanto, se requería en el asunto bajo estudio no la acreditación de una posibilidad, sino la concreción de que la atención estuvo mal encaminada, pues no podría pedirse infalibilidad a la actuación de los profesionales de la salud, siendo remitido tratamiento para las patologías advertidas, sin olvidar que el señor Alberto Vecino, se afecto tanto por dengue como por virus pandémico influenza AH1N1.

**viii) No se explica porque no se trató como un caso sospechoso de AH1N1:** sobre el cuestionamiento, se tiene en cuenta la Circular No. 0037 del 16 de junio de 2009 en la que se identifican los criterios clínicos para una mejor y oportuna detección y manejo de los individuos infectados y ejecutar las medidas para mitigar los efectos de la pandemia y se alude a lo siguiente:

**"1. CRITERIOS CLÍNICOS**

1.1. *Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESJ), y cuadro clínico de no más de siete (7) días de evolución, consistente en fiebre de más de 38°C y tos, acompañado o no de otros síntomas de tracto respiratorio superior, tales como faringitis, rinitis, amigdalitis, laringitis leves.*

1.2. *Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas, correspondientes a dificultad respiratoria por compromiso de tracto respiratorio inferior, con o sin enfermedades concomitantes, e indicación de manejo hospitalario (IRAG).*

1.3. *infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas severas de dificultad respiratoria y/o sepsis con compromiso hemodinámico o de órgano blanco (IRAG),*

1.4. *Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada, correspondiente a todo caso que el profesional de salud perciba como un caso inusitado o inusual, con manifestaciones clínicas moderadas o*

*severas, incluyendo las muertes por infección respiratoria aguda de causa desconocida. El carácter inusual o atípico incluye la afectación de población previamente sana en el rango de 5 a 65 años de edad, y los trabajadores de la salud (IRAG inusitado).*

*(...)*

**4. CASO SOSPECHOSO de Influenza A (H1N1)**

*4.1 Persona de cualquier grupo de edad que presenta signos y síntomas de Infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas leves o enfermedad similar a influenza (ESI), con fiebre a 38 °C y tos, y otros síntomas de tracto respiratorio superior, de no más de siete (7) días de evolución, y exposición comunitaria o institucional.*

*4.2. Persona viva con infección respiratoria aguda con manifestaciones clínicas moderadas o severas que no corresponde a Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada, sin exposición conocida o con exposición comunitaria o institucional.*

**5. CASO PROBABLE de Influenza A (H1N1)**

*5.1 Persona con infección respiratoria aguda con manifestaciones leves (ESI), moderadas o severas (IRAG) con contacto estrecho domiciliario o institucional.*

*5.2 Personal con infección respiratoria aguda inusitada (IRAG inusitada), viva o muerta, con o sin criterios epidemiológicos de exposición.*

*5.3 Persona clasificada como caso sospechoso de Influenza a (H1N1) y en quien se identifica por laboratorio (PCR en tiempo real) influenza a no subtipificable (no estacional).*

*5.4. Toda muerte por Infección Respiratoria Aguda en la que se desconocen etiología y grado de exposición.*

**6. CASO CONFIRMADO de influenza A (H1N1)**

*6.1. Persona clasificada como caso 'Sospechoso o probable, vivo o muerto, en quien se identifica virus de A (H1N1) por el laboratorio mediante prueba de Rrt-pcr (PCR en tiempo real), secuenciación genética o cultivo viral.*

*6.2 Persona que muere por causa de una infección respiratoria aguda de etiología desconocida con contacto estrecho domiciliario o institucional con caso confirmado de Influenza A (H1N1)."*

Ahora, la misma guía advierte que para el tratamiento se requiere el uso del medicamento Oseltamivir, del que tuvo noticia este despacho para la atención del señor Alberto Vecino en la Historia Clínica de la Unidad de Cuidados Intensivos de la ESE HUEM, así como de la declaración dada por los médicos que atendieron al paciente y que explicaron que el propósito -del medicamento- consistía en detener el aumento del virus, pero que no se trataba de un medicamento curativo, así mismo, una vez se trató como paciente sospechoso, se le suministró el tratamiento, pero no hubo respuesta favorable.

De acuerdo con las pruebas aportadas, entre las que se incluye la historia clínica y el protocolo aportado por el -entonces- Ministerio de la Protección Social, el Despacho no encuentra que la situación del señor Vecino Pico pudiese tenerse como sospechoso, pues, aunque tenía sintomatología descrita en la Circular No. 0037 de 2009, también lo es que, no se encontraba una exposición comunitaria o institucional y si lo fue de esa manera, no se cuenta con acreditación en el expediente.

**ix) El paciente con manejo ambulatorio y hospitalario porque no se le formula**

**Tamiflu desde el primer momento:** frente al particular, el Despacho debe indicar que el tratamiento se determina de acuerdo con el diagnóstico dado por el médico tratante, de modo que en el caso concreto debió haberse acreditado que la anamnesis no guardaba coherencia con el diagnóstico y con el tratamiento, lo que no ocurrió en el caso concreto.

No se desconoce, como pasajes arriba se indicó, que existía un medicamento utilizado en su condición de antiviral, pero este solo sería utilizado en casos en que se determinara como sospechoso al paciente, lo que ocurrió el 15 de marzo de 2010, esto desencadenó en el suministro del medicamento conforme la copia de la historia clínica.

**x) No se siguió el protocolo de caso probable de la gripa AH1N1 que contempla el Ministerio de Protección Social (cuadro de leucopenia):**

para absolver el requerimiento de la parte, el Despacho se permite traer a colación el punto 10 del dictamen pericial, en específico lo atinente a la aclaración del mismo, en el que se indica que *“los síntomas presentados por el paciente no se pueden atribuir única y exclusivamente al virus de AH1N1 ya que existen multiplicidad de cepas víricas como dengue, influenza, parainfluenza, virus sincitial respiratorio y otros, los cuales presentan características clínicas similares. Como en efecto se confirmó presencia de virus del dengue y AH1N1 en el caso de análisis”*.

Como se expuso previamente, el señor Alberto Vecino Pico desarrolló tanto dengue como influenza AH1N1 y si bien, se le brindó el tratamiento para este último a partir del 16 de marzo de 2010, lo cierto es que el mismo no surtió el efecto esperado, entró en una falla múltiple, su presión arterial disminuyó hasta el momento de su muerte el 19 de marzo de 2010 en las horas de la mañana.

El concepto de los médicos que atendieron al paciente entre el 10 al 14 de marzo indicaron a un paciente alerta y orientado, quien acudió a consulta sin acompañante, dicha situación cambió a partir del 14 de marzo en el curso del día, cuando le fue realizado RX de TORAX y pasó a ser atendido por medicina interna y trasladado a la Clínica Universitaria, que como se indicara por los médicos que rindieron declaración funcionaba en uno de los pisos de la ESE HUEM pero era de propiedad de SALUDCOOP EPS, sufriendo el estado de salud un declive considerable en materia de saturación entre la noche del 14 de marzo y el curso del día 15 del mismo, lapso en el que se requirió el traslado del paciente por requerir ventilación mecánica.

Recuerda en este punto que el traslado medicalizado en un inicio no fue posible por falta de ambulancia con el requerimiento ventilatorio necesario. El concepto de los médicos y demás personal de salud a partir del 15 de marzo de dicho año estaba relacionado con la atención a un paciente en malas condiciones generales y pronóstico reservado, adicional a ello, el resultado de la prueba confirmatoria de influenza llegó cuando el paciente ya había fallecido, situación que no se puede atribuir a las demandadas.

**xi) Descuido y omisión de las entidades prestadoras de salud:** finalmente, el Despacho encuentra que tal descuido y omisión fue desacreditada con el dictamen rendido, situación por la que este argumento no se acompaña con los elementos probatorios que reposan a lo largo del expediente.

En consecuencia, para el Despacho no es posible dar continuidad con el estudio de responsabilidad, pues las situaciones aducidas por la parte actora como constitutivas de omisión sufrida por el señor Alberto Vecino Pico no se encontraron debidamente acreditadas en el plenario, situación que se advierte tras disponer del informe pericial

que llevó a determinar que la situación clínica del demandante era de mal pronóstico y que pese a la atención médica brindada, su organismo no respondió a los tratamientos, de igual manera, se concluyó que la atención fue oportuna y pertinente a la sintomatología clínica.

### 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 súplicas de la demanda, conforme con las consideraciones efectuadas.

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

**TERCERO:** 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.

**CUARTO:** 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	<a href="mailto:lurot2@hotmail.com">lurot2@hotmail.com</a>
ESE HUEM	<a href="mailto:onebote@hotmail.com">onebote@hotmail.com</a>
DUMIAN MEDICAL	<a href="mailto:oscarfigueredosarmiento@yahoo.es">oscarfigueredosarmiento@yahoo.es</a>
SALUDCOOP EPS	<a href="mailto:patricia.lobo31@hotmail.com">patricia.lobo31@hotmail.com</a> <a href="mailto:notificacion@saludcoop.info">notificacion@saludcoop.info</a>

#### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**ALEXA YADIRA ACEVEDO ROJAS**  
JUEZ

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: **24d2f1df08afcc7281ae8f56d0ed8617eaaae7733fe52cf8afe06ef926296677**

Documento generado en 25/08/2023 10:37:45 AM

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