

RV: SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACION CONTRA SENTENCIA radicado interno 249-2023

Secretaria Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bucaramanga

Mar 09/05/2023 7:30

Para: Despacho 04 Sala Civil - Familia Tribunal Superior - Santander - Bucaramanga
<des04scftsbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>CC: Maria Paula Roa Cordero <mroac@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Juan Felipe Mantilla Rondon
<jmantilro@cendoj.ramajudicial.gov.co> 1 archivos adjuntos (635 KB)

REPAROS CONCRETOS CONTRA SENTENCIA RADICADO 2020-00158 SUSTENTACION RECURSO DE APELACION.pdf;

AVISO IMPORTANTE: Esta dirección de correo electrónico seccivilbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co es de uso único y exclusivo de envío de comunicaciones judiciales, apreciado usuario cualquier solicitud favor comunicarse a través del correo electrónico descrito en la parte superior de este mensaje de texto o a la siguiente línea telefónica: 6520043 ext 2201 y 2200.

De: Blanca Rosa Jimenez Diaz <jidiblar11@hotmail.com>**Enviado:** lunes, 8 de mayo de 2023 17:07**Para:** rafaser@yahoo.com <rafaser@yahoo.com>; martinezvillalbagomezabogados <martinezvillalbagomezabogados@gmail.com>; Olga Lucia Gomez Salazar <procesosjudiciales.mvgabogados@gmail.com>; Gabriel Jiménez <gajimenez@keralty.com>; Yaneth Osorio <yaosorio@equipojuridico.com.co>; dpa.abogados <dpa.abogados@gmail.com>; Secretaria Sala Civil Tribunal Superior - Seccional Bucaramanga <seccivilbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>; consultores.juridicos@oscal.net <consultores.juridicos@oscal.net>**Asunto:** SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACION CONTRA SENTENCIA radicado interno 249-2023

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA SALA CIVIL FAMILIAS.
E.S.D.

Referencia:	VERBAL
Demandante:	CLAUDIA PRIETO Y OTROS
Demandado:	CLÍNICA CHICAMOCHA Y OTROS
Radicación:	680013103006 2020 – 00158 – 00
M.P:	DR. CARLOS GIOVANNY ULLOA ULLOA
RAD INTERNO	249/2023

BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ, en mi condición de Apoderada Judicial de la parte demandante, respetuosamente, mediante el presente escrito sustento el recurso de apelación contra la sentencia de

fecha 23 de febrero de 2023 proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bucaramanga.

Anexo sustentación.

De usted,

BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ

C.C. 55.306.609

T.P. 194.974

Señores

TRIBUNAL SUPERIOR DE BUCARAMANGA SALA CIVIL FAMILIAS.

E.S.D.

Referencia: VERBAL
Demandante: CLAUDIA PRIETO Y OTROS
Demandado: CLÍNICA CHICAMOCHA Y OTROS
Radicación: 680013103006 2020 – 00158 – 00
M.P: DR. CARLOS GIOVANNY ULLOA ULLOA
RAD INTERNO 249/2023

BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ, en mi condición de Apoderada Judicial de la parte demandante, respetuosamente, mediante el presente escrito sustento el recurso de apelación contra la sentencia de fecha 23 de febrero de 2023 proferido por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bucaramanga:

REPAROS CONCRETOS

La Constitución Política Colombiana de 1991 en su artículo 230 tiene previamente establecido que “los jueces, en sus providencias, sólo están sometidos al imperio de la Ley.”.

En efecto, el principio de legalidad¹ sobre el cual se sustenta toda la actividad del Estado impone no sólo lo anterior, sino también que, “deberán tener en cuenta, además, la equidad, la costumbre, la jurisprudencia y la doctrina”, criterios que deben ser tenidos en cuenta por las providencias judiciales.

Lo anterior, por cuanto que, en el fallo proferido el 23 de febrero de 2023, el juez de primera instancia no tuvo a consideración varios aspectos visibles en el curso de la etapa probatoria, por lo tanto, de dicho fallo se encontraron varios reparos concretos que dieron lugar a este recurso. Así mismo se observó una interpretación y atención extensiva a la prueba testimonial practicada al médico Boris Eduardo Vesga cotados por parte de las demandadas, el cual se apoyó en la tesis de la no existencia de una responsabilidad médica dado que la atención brindada fue oportuna, atendiendo desde esta perspectiva que el a quo dedujo de forma errónea la apreciación de dicho testimonio considerándolo solo por esta prueba la no existencia de la responsabilidad.

Se observa que, durante la estancia en la CLINICA CHICAMOCHA se vieron probados cada uno de los elementos de la responsabilidad civil, iniciando con la omisión de atender al paciente de conformidad con la clasificación de triage efectuada (trriage 2), reclasificación errada de la condición clínica del paciente (trriage 3), seguida de la negligencia de no adherirse, ceñirse o aplicar los protocolos médicos que rigen la lex artis para realizar un diagnóstico adecuado a la sintomatología que padecía Hernán Darío Castro Castañeda o por lo menos, realizar los diagnósticos de descarte respectivos, en la no aplicación de un adecuado tratamiento o seguimiento al estado clínico del paciente, la no realización

¹ código General del Proceso artículo 7

oportuna del proceso de reanimación del paciente una vez pierde los signos vitales, es decir se haya probado la culpa por parte del galeno que a su vez sobre este se ejerce control por parte de Clínica Chicamocha y EPS Sanitas, existe la relación causal entre el hecho y el perjuicio, toda vez que, si por parte de la Clínica Chicamocha se hubiera actuado de manera eficiente, no nos encontraríamos en esta instancia judicial.

ARTICULO 2347. <RESPONSABILIDAD POR EL HECHO PROPIO Y DE LAS PERSONAS A CARGO>. Toda persona es responsable, no sólo de sus propias acciones para el efecto de indemnizar el daño sino del hecho de aquellos que estuvieren a su cuidado.

ARTICULO 2344. RESPONSABILIDAD SOLIDARIA. Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvas las excepciones de los artículos 2350 y 2355.

Basado en lo anterior y de conformidad con lo establecido en el artículo 322 numeral 1 inciso 2° y numeral 3° del Código general del proceso, **me permito señalar los reparos concretos** encontrados y que le asisten a mis poderdantes, respecto a la providencia de primera instancia por el Juzgado sexto civil del circuito de Bucaramanga, el 23 de febrero de 2023, los cuales clasificaré de la siguiente manera:

1. La valoración insuficiente de las pruebas documentales, testimoniales y los interrogatorios de parte decretados y practicados en la etapa procesal pertinente.
2. La no valoración de las pruebas documentales y testimoniales que obran en el expediente
3. Inobservancia de la lex artis adhoc
4. La no apreciación del perjuicio moral sufrido por los demandantes.
5. La condena en costas y agencias en derecho a favor de la parte demandada.

1. LA VALORACIÓN INSUFICIENTE DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES, TESTIMONIALES Y LOS INTERROGATORIOS DE PARTE DECRETADOS Y PRACTICADOS EN LA ETAPA PROCESAL PERTINENTE.

De la decisión adoptada por la juez de primera instancia se observa que aplicó juicio y valoración insuficiente a los elementos materiales probatorios, como las piezas documentales anexas con la demanda en las cuales se avizoran la negligencia desplegada por el cuerpo médico de la CLINICA CHICAMOCHA por cuanto en la historia clínica se relaciona la sintomatología clara que presentó el paciente, el evidente error de diagnóstico, el evidente error de tratamiento y el incumplimiento a las normas que regulan la prestación del servicio de salud. Veamos:

1.1. El triage no es una atención médica, el triage es una valoración o clasificación del riesgo.

El triage es un sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo. La Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de triage, con la salvedad que los tiempos establecidos de atención no aplicarán en situaciones de emergencia o desastre con múltiples víctimas, que se describen a continuación²:



Basado en lo anterior, El A quo de manera totalmente errada señaló que a Hernán Darío Castro Castañeda se le atendió de manera inmediata y oportuna porque está demostrado en la historia clínica que ingresó a las 3 y '7 del 06 de noviembre de 2017 y de inmediato fue atendido y así lo corroboró, según su dicho, el testimonio de su hermano Iván Darío Castro Castañeda. **Esta afirmación obedeció a una insuficiente valoración de los elementos probatorios**, específicamente lo establecido en la Ley pero principal en el archivo 99 del expediente que fueron aportados por las partes demandadas, y que establece claramente la diferencia entre triage 2 y 3.

² <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>

Si, claro, a Hernán Darío Castro Castañeda a su ingreso, de inmediato fue clasificado en TRIAGE 2 tal como está demostrado en el archivo 89, **lo que requería de una atención médica en menos de 30 minutos**, pero no fue así porque a prueba archivo 86³, se demostró que la atención se dio a las **4 y 21 horas, es decir, una hora y 14 minutos después de su ingreso lo que disminuyó la capacidad de respuesta de la Clínica Chicamocha frente a un diagnóstico y tratamiento**⁴.

Durante esos primeros 30 minutos de atención, Hernán Darío Castro Castañeda debió haber sido sometido a un proceso de atención conformado por la anamnesis, exploración física, ordenación de pruebas complementarios de acuerdo con lo establecido en las guías y protocolos médicos para el dolor torácico (diagnóstico inicial dado por la clínica Chicamocha).

Cuando a las **4 y 21 horas, es decir, una hora y 14 minutos después de su ingreso**, el doctor Roger Fabian Angarita valora al paciente, erradamente decide reclasificarlo como un triage 3 tal como se lee en archivo 86 en la valoración de las 4 y 21 p.m., esto es, disminuyó el nivel de complejidad de la urgencia presentada por el paciente y lo sometió a una atención sin límite de tiempo para brindarla. Contrario a lo que dijo el representante legal de la clínica Chicamocha y que fue valorado por el Juez de conocimiento de forma literal sin revisar que significa triage 2 o 3, cuando afirmó que el triage 3 es la remisión del paciente a consulta externa pero que, en este caso, la atención continuó brindándose y con ello, demostrar y declarar una atención oportuna.

Partiendo que fue reclasificado en triage 3, el paciente recibe una segunda y última atención antes de su deceso. A las 5 y 22 demostrado en archivo 86 folio 2, el paciente Hernán Darío es revalorado, el médico tratante Roger Fabian Angarita registra que la sintomatología persiste por lo que ordena un analgésico y rayos x, que se intentó realizar sobre las 6 de la tarde, es decir, tres horas después de su ingreso.

Con esto se demuestra sin lugar a mayores lucubraciones mentales que la atención inicial por urgencias estuvo desprovista de ser oportuna, pertinente y ajustada a la lex artis. Incumplió tajantemente con el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia tal como lo establece la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social lo que demuestra una **PERDIDA DE OPORTUNIDAD**.

1.2. Insuficiente valoración de la historia clínica de Hernán Darío Castro Castañeda de cara a los protocolos y guía de manejo

Hoy en día la sana crítica constituye el parámetro de valoración racional de todas las pruebas (arts. 187 C.P.C. y 176 C.G.P.) y alude a las reglas de la lógica (formal y no formal); las máximas de la experiencia; las leyes, teorías y conceptos científicos afianzados; **y los procedimientos, protocolos guías y reglas admitidos por los distintos ámbitos profesionales o técnicos, a las que está sujeta la actividad probatoria de los**

³ Historia clínica valoración a los 4 y 21 minutos

⁴ Configuración fáctica de la pérdida de oportunidad

jueces y sus respectivas conclusiones sobre los hechos que interesan al proceso.

La historia clínica jugó un papel protagónico en este caso y es que la valoración insuficiente del A quo sobre su contenido llevó a un convencimiento sobre una supuesta atención médica oportuna, generando como consecuencia la absolución de los demandados. Pero la verdad está totalmente alejada a la interpretación y valoración que hizo el señor Juez, veamos:

1.2.1. Sintomatología: establece la historia clínica lo siguiente:

- En el archivo 89 TRIAGE en motivo de consulta "me siento ahogado", son tomados los signos vitales que registran dentro de los parámetros normales y en hallazgos:

Hallazgos:

PACIENTE QUE INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS EN COMPAÑIA DE HERMANO* REFIERE QUE EL DIA DE HOY A PRESENTADO MALESTAR EN MAXILAR INFERIOR* CON SENSACION DE PRESION DE OIDOS * CON SENSACION DE DEBILIDAD. MENCIONA DOLOR EN TORAX SE TOMA EKG * EL CUAL ES VALORADO POR PARTE MEDICA ENCONTRANDOSE SON RITMO SINOSAL (NORMAL). ES VALORADO POR DOCTOR ANGARITA EL CUAL VALORA PASIENTE REFIERE QUE POR ESTADO DE AGITACION ES NECESARIO VALORACION MEDICA.

- En archivo 86 de la atención inicial a las 4 y 21 horas señala en el ítem enfermedad actual y en análisis y conducta respectivamente, lo siguiente:

Enfermedad Actual: PACIENTE REFIER CUADRO DE 8 HORAS DE VOLUCION LOCALIZADO NIVEL RETROESTERNAL , IRRADIADO REGION DORSAL DE GRAN INTENSIDAD ASOCIADO SENSACION DE AGITACION, OTALGIA, MALESTAR GENERAL, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA EL DIA DE HOY. DURANTE ESTANCIA PRESENTA EPIODISO DE EMESIS.

Antecedentes

Análisis - Conducta

Concepto: PACIENTE INGRESA AGITADO, IRRITABLE REFIERE DOLOR PECTORAL, SE INGRESA SE TOMA EKG EN EL QUE NO SE EVIDENCIA ALTERACION ELECTROCARDIOGRAFICA. PACIENTE SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, CON DOLOR RETROESTERNAL, CONSIDERO MANEJO SINTOMÁTICO DE DOLOR Y REVALORAR. SEGUN EVOLUCION. PLAN DILPIRINA 2 GR IV AHORA (YA APLICADO) METOCLOPRAMIDA 10 M IM AHORA (YA APLICADO) EKG YA TOMADO. REVALORAR EN 1 HORAS.

En esta primera valoración, son tomados los signos vitales que registran dentro de los parámetros normales.

- En el archivo 86 folio 2 de la segunda atención a las 5 y 22 se reseña en análisis y conducta:

Análisis - Conducta

Concepto: EKG SIN ALTERACION, PACIENTE PERSISTE ALGICO AGITADO, SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES. CONSIDERO NUEVA DOSIS DE ANALGESICO Y TOMA DE RX E TORAX. DEFINIR DE ACUERDO A EVOLUCION ESTUDIOS POSTERIORES. PLAN TRAMADOL 50 MG SC AHOARX DE TORAX REVALORAR.

- En el archivo 139 AUDIENCIA PARTE 2 el representante Legal de la Clínica Chicamocha contestó a las 2 horas y 29 minutos que la sintomatología de un infarto es i) dolor torácico, cambios en los signos vitales **que pueden ocurrir no siempre** (como en este caso que no hubo cambios en los signos vitales); ii) a las 2 horas y 30 minutos que el síntoma de desvanecimiento es un síntoma de infarto y que los cambios electrocardiográficos se pueden presentar en un infarto por la inversión de la onda t si el infarto de cara traumática D1, D2,

D3, AVF o alteraciones supradesniveles u ondas invertidas; iii) a las dos horas y 31 minutos se le preguntó si el malestar en maxilar inferior con sensación de presión de oídos es un síntoma de un infarto a lo que contestó seguidamente a las 2 horas y 32 minutos que Un paciente con dolor mandibular puede tratarse de un infarto; iv) a las dos horas y 34 minutos con 59 segundos se le pregunto si el jadeo o la disnea es una síntoma de un infarto a lo que contestó que puede ser de un infarto.

Por su parte, el doctor Boris Vesga, dijo a las dos horas y 4 segundos del archivo 149 audiencia parte 7-68 que el paciente presentó una colección de síntomas que puede ir desde algo tan catastrófico como un síndrome coronario agudo, una disección de aorta, una **enfermedad pulmonar embólica**⁵, una enfermedad ácido péptica, o puede terminar con un diagnóstico de descarte, un universo de posibilidades... o no tener absolutamente nada es lo que digo, cuando se entra como médico hacer el ejercicio clínico se busca tratar de tener una certeza una posibilidad diagnóstica, hasta ahí puede ser cualquier cosa **y necesita estudios.**

VALGA DECIR, ESTUDIOS QUE NO SE HICIERON

1.2.2. Error de diagnóstico. Diagnósticos en la historia clínica vs diagnósticos según la guía clínica y protocolos

Partiendo que el doctor Boris Vesga, dijo a las dos horas y 4 segundos del archivo 149 audiencia parte 7-68 que el paciente presentó *una colección de síntomas que puede ir desde algo tan catastrófico como un síndrome coronario agudo, una disección de aorta, una **enfermedad pulmonar embólica**⁶, una enfermedad ácido péptica, o puede terminar con un diagnóstico de descarte, un universo de posibilidades... o no tener absolutamente nada y es lo que digo, cuando se entra como médico hacer el ejercicio clínico se busca tratar de tener una certeza una posibilidad diagnóstica, hasta ahí puede ser cualquier cosa **y necesita estudios.***

De acuerdo con literatura nacional sobre dolor torácico en urgencias archivo 99 del expediente pagina 8 y 18, cuando un paciente consulta al servicio de urgencias debe pensarse en tres grandes grupos.

Síndrome coronario agudo: infarto agudo de miocardio con elevación del ST, infarto agudo de miocardio sin elevación del ST y angina inestable.

Causas cardíacas diferentes: pericarditis, disección de aorta, estenosis valvular aórtica, insuficiencia aórtica, cardiomiopatía hipertrófica, miocarditis y prolapso de válvula mitral.

Causas no cardíacas: tromboembolismo pulmonar, neumonía, neumotórax, enfermedades gastrointestinales (espasmo esofágico, úlcera péptica), enfermedades musculoesqueléticas (costocondritis, herpes zoster, trauma) y psiquiátricas.

⁵ Enfermedad que, según la necropsia clínica fue la causa de muerte

⁶ Enfermedad que, según la necropsia clínica fue la causa de muerte

Pues bien, la impresión diagnóstica principal dado al paciente fue **R074 dolor en pecho no especificado** y la impresión diagnóstica secundaria y relacionada fue **F459 trastorno somatomorfo, no especificado**, no obstante, solo hasta las 7 y 45 p.m., valga decir, media hora posterior al fallecimiento de Hernán Darío, el doctor Rober Fabian Angarita relacionó angina de pecho no especificada en el archivo 86 folio 3.

La literatura científica latinoamericana⁷ descrita en el documento científico denominado "abordaje del dolor torácico" que se haya dentro del expediente archivo 99 página 28 indican que el abordaje de un paciente con dolor torácico demanda atención inmediata en los servicios de urgencias y representa un reto para el médico de primer contacto. Debe distinguirse a los pacientes que necesitarán intervención inmediata de la gran mayoría de pacientes que no la necesitarán. El personal de salud debe estar capacitado y equipado para descartar las causas de dolor torácico que pongan en peligro la vida de manera inmediata. Al iniciar la evaluación de un paciente con dolor torácico lo primero es descartar afecciones que ponen en riesgo la vida o estabilidad hemodinámica del paciente (por ejemplo, síndrome coronario agudo, embolia pulmonar, disección aórtica, neumotórax a tensión, ruptura esofágica, taponamiento) y que, por tanto, requerirá medidas urgentes. La historia clínica detallada, la exploración física y, en individuos que así lo requieran, un electrocardiograma y una radiografía de tórax deben constituir la evaluación inicial que permitirá al clínico formar una hipótesis respecto al origen del dolor torácico (por ejemplo, cardiogénico, musculoesquelético, gastrointestinal, pulmonar, psiquiátrico o de otra causa). La historia clínica es la clave en el abordaje del dolor torácico, debe incluir la búsqueda de factores de riesgo cardiovasculares y el interrogatorio minucioso acerca de las características del dolor torácico (localización, carácter, duración, factores exacerbantes o atenuantes y síntomas asociados).

En el presente caso, no existió ningún abordaje de cara a descartar afecciones cardíacas (infarto) o no cardíacas (tromboembolismo pulmonar); únicamente con la necropsia clínica⁸ se logró conocer los siguientes diagnósticos que explicaron de manera parcial, la muerte de Hernán Darío:

1. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.
2. CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA CON MULTIPLES ZONAS DE FIBROSIS CORRESPONDIENTES A INFARTO ANTIGUO EN EL TABIQUE INTERVENTRICULAR.
3. INFARTO RECIENTE EN TERRITORIO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA.
4. CONGESTION PASIVA CRONICA DEL HIGADO
5. CONGESTION VISCERAL GENERALIZADA

Adicional, la misma necropsia concluye que la causa de fallecimiento fue **SHOCK CARDIOGENICO POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.**

Ahora, el testigo Boris Eduardo Vesga y los peritos que allegaron sus experticias al proceso

⁷ Domínguez-Moreno y Col. Abordaje del dolor torácico. Med Int Méx. 2016 julio;32(4):461-474. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2016/mim1641.pdf>

⁸ Resultado de patología sin número de fecha 07 de noviembre de 2017 expedido por E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

hacen ver que cualquier persona que presente estos diagnósticos, sin antecedentes, fácilmente fallece.

Dijo el señor Juez de primera instancia que se demostró que no hubo tiempo para detectarlo porque uno de los factores era la dificultad respiratoria y el paciente no lo presentaba, aunado a la normalidad de sus signos vitales y **no es así**, estos diagnósticos pueden ser descubiertos bajo una atención oportuna, rápida y diligente y con los resultados de estudios complementarios que en este caso no se ordenaron y en caso del rayos x de tórax, se ordenó ya demasiado tarde.

Es aquí cuando revisten especial importancia las guías y protocolos médicos y que incluso obran dentro del expediente archivos 19 guía práctica, archivo 21 pronóstico, archivo 28, 30, 31, 32, 53 del llamado en garantía persona natural denominado que establecen el camino a seguir mediante el tratamiento médico.

1.2.3. Error de diagnóstico y consecuente error de tratamiento.

Durante las 4 horas que estuvo Hernán Darío en la urgencia de la Clínica Chicamocha, en las dos valoraciones medicas que recibió, la de las 4 y 21 p.m. y a las 5 y 22 p.m., el paciente se le ordenó:

1. A su ingreso: un electrocardiograma
2. en la primera valoración: suministro intramuscular de una dipirona + metoclopramida
3. En la segunda valoración: una hora después de la primera (5 y 22) suministro intramuscular de tramal más rayos x de tórax (este rayos x no fue ejecutado porque al traslado del paciente a las 6 y 10 p.m. se desmaya en la sala de rayos x)

De acuerdo con la necropsia, los dos diagnósticos relacionados con el fallecimiento fue síndrome coronario agudo y tromboembolismo pulmonar; en virtud de lo anterior tanto para el síndrome coronario agudo como para el tromboembolismo pulmonar existe una guía específica que determina **las pruebas diagnósticas que debían hacerse al paciente Y QUE NO SE HICIERON** lo cual evidencia negligencia médica:

Frente al diagnóstico: síndrome coronario agudo

La guía médica archivo 19 describe que, para llegar al diagnóstico se debía realizar varios electrocardiogramas, radiografía de tórax, enzimas, realizar estudios de troponinas; tal cual lo refiere el doctor Boris Vesga, el especialista en cardiología que presentó la parte demandada y que, durante su exposición, presentó un artículo científico (anexo 148) escrito por el mismo denominado síndrome coronario agudo que establece que su diagnóstico *debe ser realizado bajo la correlación entre los hallazgos clínicos, el electrocardiograma y los exámenes de laboratorio como la determinación enzimática de las troponinas*, estudios que también dijo que necesitaba el paciente a las dos horas 2 horas y 59 segundos del archivo 149 audiencia parte 7 -68.

Dijo el doctor Boris Vesga en el mismo artículo científico mencionado en el párrafo anterior,

señaló a folio 2 que, en caso de tener un electrocardiograma inicial normal no descarta la presencia del síndrome coronario agudo. Posteriormente, si hay persistencia de síntomas se deben tomar nuevos ECG en intervalos entre 15 a 30 minutos durante las primeras dos horas con el fin de detectar cambios dinámicos del segmento T6. El mismo artículo mencionado a folio 6 establece que si hay persistencia de síntomas se deben tomar nuevos Electrocardiogramas en intervalos entre 15 a 30 minutos durante las primeras dos horas con el fin de detectar cambios dinámicos del segmento ST y la onda T6.

Frente al diagnóstico: tromboembolismo pulmonar

Atendiendo que el paciente fallece por un tromboembolismo pulmonar, **la bibliografía aportada al expediente archivo 099 a folio 17** dice que la evolución de la tromboembolia pulmonar es hacia la recuperación hemodinámica y la curación o muerte por fallo cardíaco derecho. **La mortalidad es inferior al 10%** ósea que HERNAN tenía una probabilidad de 90% de vivir si hubiera sido atendido diligentemente.

Ostabal Artigas MI. Dolor torácico en los servicios de urgencias

La evolución de la tromboembolia pulmonar es hacia la recuperación hemodinámica y la curación o muerte por fallo cardíaco derecho. La mortalidad es inferior al 10%. Aproximadamente el 90% de las muertes ocurre en las 2 h siguientes a la instauración de la tromboembolia pulmonar.

Los datos clínicos son inespecíficos. El síntoma más constante es la disnea de aparición brusca seguido del dolor pleurítico.

Para su diagnóstico nos servimos de una serie de pruebas complementarias entre las cuales se encuentran:

En la misma página 17 del archivo expediente 099 dice que, para su diagnóstico existe una serie de pruebas complementarias entre las cuales se encuentran:

Para su diagnóstico nos servimos de una serie de pruebas complementarias entre las cuales se encuentran:

1. Gasometría: una gasometría normal no excluye la tromboembolia pulmonar, pero suele aparecer hipoxia con hipocapnia.
2. ECG: con frecuencia es normal, si bien hay hallazgos inespecíficos que nos deben alertar, como son: taquicardia, desviación del eje a la derecha, bloqueo de rama derecha y S1Q3T3.
3. Radiología de tórax: habitualmente es normal. Pero si se ha producido un infarto pulmonar pueden aparecer infiltrados, pequeños derrames, etc.
4. Ecocardiograma transesofágico o eco-Doppler transtorácico: sugiere la tromboembolia pulmonar si demuestra dilatación e hipocinesia del ventrículo derecho.
5. Gammagrafía pulmonar: una gammagrafía de perfusión normal excluye la existencia de tromboembolia pulmonar significativa. En la gammagrafía de ventilación/perfusión la observación de áreas con ventilación normal y defectos de perfusión se considera característica de obstrucción vascular. Dependiendo del tamaño del defecto de perfusión observado y de la presencia o ausencia de patología radiológica, la existencia de tromboembolia pulmonar se valora como probabilidad alta, intermedia o baja.
6. Angiografía pulmonar: es una técnica invasiva de bajo riesgo (el 1,3% de complicaciones importantes), que debe realizarse sólo cuando la sospecha clínica de tromboembolia es elevada y no se ha podido hacer un diagnóstico concluyente.

El tratamiento consiste en:

1. Control de la hipoxemia: en toda embolia pulmonar clínicamente significativa existe una hipoxemia que se

debe corregir por el procedimiento más adecuado según la gravedad (desde mascarilla facial a ventilación mecánica).

2. Tratamiento del shock en caso de embolia pulmonar masiva. Se iniciará con aporte de líquidos para mejorar la precarga del ventrículo derecho y si ello no es suficiente se añadirán drogas vasoactivas tipo dopamina, dobutamina o isoproterenol.
3. Tratamiento anticoagulante con heparina intravenosa y posteriormente se pasa a Sintrom.

En el caso de HERNAN DARIO ninguno de los dos tratamientos se instauró para descartar o confirmar síndrome coronario agudo o tromboembolismo pulmonar, por lo que se configuró un error de diagnóstico y negligencia en el tratamiento médico.

1.3. El error de lectura de electrocardiograma

Uno de los estudios que debía practicarse al finado Hernán Darío era un EKG (electrocardiograma) para descartar o confirmar síndrome coronario agudo o tromboembolismo pulmonar masivo. Esta prueba, según la historia clínica, es ordenado por una sola vez a su ingreso en el triage y fue interpretado como "normal" por el médico tratante Rober Fabian Angarita.

No obstante, el perito Juan Carlos Carbonel, valga decir quien rindió experticia a favor del doctor Rober Fabian indicó en el archivo 28 de llamados en garantía personas naturales en el folio 56 que *"El EKG realizado al paciente presentaba un supradesnivel en unas derivaciones, pero sin sobrepasar los 0.2 MV (milivoltios) que es la medición requerida para decir sin lugar a dudas que el paciente está cursando con una lesión miocárdica o infarto. Esta casi al límite, entre 0.18 MV y el 0.2 MV"*

En el anexo 19 del expediente denominado guía práctica del síndrome coronario agudo define, a folio 63 que es un síndrome coronario agudo y dice textualmente que la detección de elevación de novo del segmento ST de **0.1 MV** en dos derivaciones contiguas define la presencia de un Síndrome coronario agudo con ST. Es decir que Hernán Darío desde su ingreso presentó un síndrome coronario agudo.

Es decir, el perito Juan Carlos Carbonel si establece la anormalidad del electrocardiograma, pero para salvar a su contratante, afirma que tal desviación no superó el 0.2 y en tal sentido no fue un infarto, pero no contó con que la guía del infarto (síndrome coronario agudo) establece claramente que debe superar el 0.1 milivoltios para ser considerado infarto.

No obstante, lo anterior, el doctor Boris Vesga, cardiólogo, en su testimonio a la hora y 08 minutos del 149 parte 7-68) que el electrocardiograma dio como resultado una repolarización precoz y a esta conclusión llegó al presentar su artículo científico en la que mostró una gráfica de una onda normal (figura 4), mostró una gráfica de una repolarización (figura 15) y el EKG realizado a Hernán Darío que reposa en el archivo 83; el resultado de las tres figuras es totalmente opuesto, no guardan ninguna similitud. Veamos:

EKG NORMAL

FIGURA 4. Electrocardiograma normal

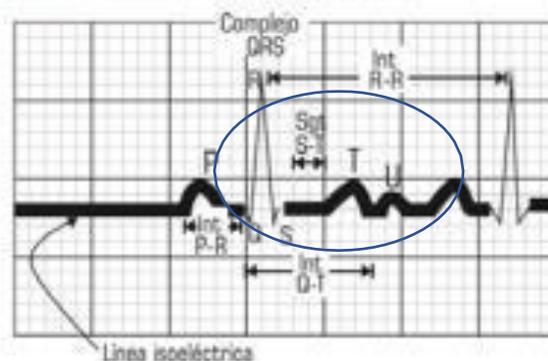
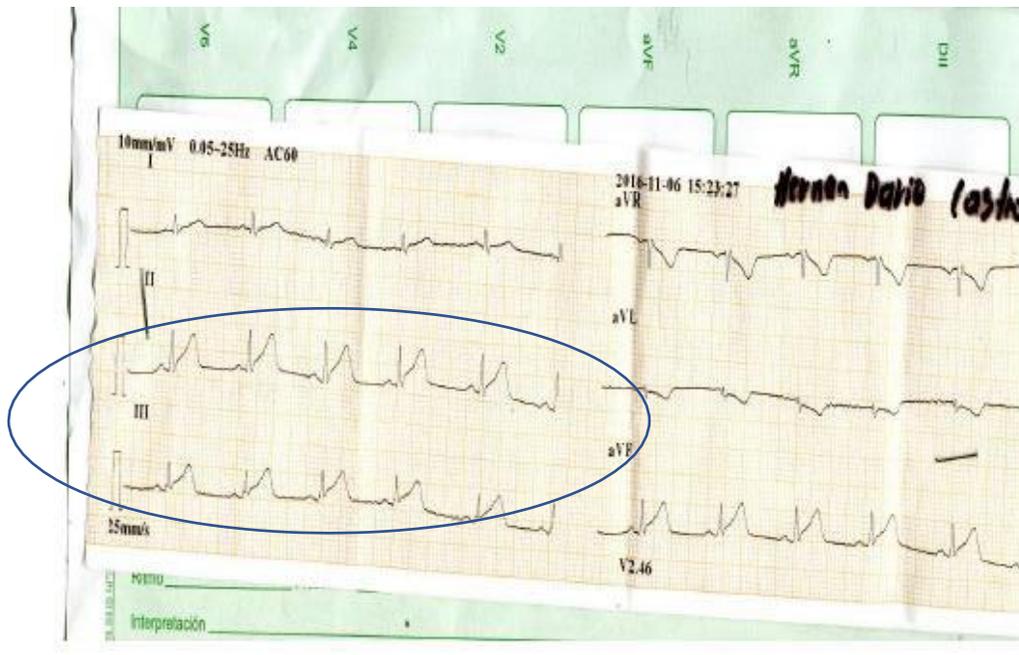


FIGURA 15 REPOLARIZACION PRECOZ:

FIGURA 15 Repolarización precoz



EKG DE HERNÁN DARIO



A simple vista no son iguales porque el EKG de Hernán Darío mostró claramente un supradesnivel del ST con ondas **T picudas** en las derivadas DII, DIII y aVF y también se observa infradesnivel del ST en las derivadas V1, V2, V3 y V4 lo cual se interpreta como una lesión miocárdica transmural en curso en la cara inferior del corazón y una lesión subendocárdica en la cara anterosectal del mismo corazón lo que se traduce en un INFARTO AGUDO EN CURSO.

Pero, en gracia de discusión que el electrocardiograma resultara totalmente normal como lo afirmó el médico tratante Rober Fabian Angarita y el doctor Boris Vesga en su intervención, lo cierto es que, de haber existido este resultado, **si había persistencia de síntomas (tal como se evidenció en la valoración de las 5 y 22) se debieron tomar nuevos EKG en intervalos entre 5 a 10 minutos durante las primeras dos horas con el fin de detectar cambios dinámicos del segmento ST y la onda T6** y esto no lo digo yo, ni lo dicen los demandantes, lo dicen las guías médicas que se encuentran dentro del expediente archivo 99 pagina 32

1.4. La insuficiente valoración del testimonio del doctor Boris Vesga como un todo o en conjunto.

Se debieron tener en cuenta desde un punto más perceptivo los testimonios y declaraciones rendidas en la etapa probatoria, toda vez que sobre el testigo Boris Vesga se observaron inconsistencias en sus declaraciones que dan lugar a la duda y a establecer un análisis más profundo; dentro de tales pruebas, obra el testimonio del doctor Boris Vesga del cual se sustrae que señaló que existió una atención oportuna, pero...

- A las dos horas y 57 minutos del archivo 149 parte 7, la apoderada del doctor Rober Angarita preguntó al testigo si los síntomas registrados en la historia clínica son síntomas de un infarto agudo del miocardio a lo que el testigo contestó: a las dos horas y 08 segundos que podía ser desde algo tan catastrófico como un síndrome coronario agudo, una disección de aorta una enfermedad pulmonar embólica, una enfermedad ácido péptica, o puede terminar con un diagnóstico de descarte... un universo de posibilidades
- A la dos horas y 59 segundos del archivo 149 audiencia parte 7 el doctor Boris Vesga dijo que frente a los múltiples posibles diagnósticos que se podía generar de la sintomatología del paciente, sea infarto, sea tromboembolismo se le debían hacer estudios
- Al preguntar que, si hubiera ordenado repetir el electrocardiograma frente a la sintomatología del paciente ese día, contestó que si
- **Hizo una interpretación del resultado de necropsia del paciente sin ser patólogo, interpretó cada diagnóstico dado en el acápite 6 del citado documento y en lo que respecta al número 3 – INFARTO RECIENTE EN TERRITORIO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA – dijo que no existió infarto, porque las arterias aparecían limpias. Una interpretación bastante generosa para ser ex empleador de la clínica Chicamocha.**

La sentencia de primera instancia señala que apoya la tesis del DR. BORIS en cuanto a que existió una atención oportuna, que no existieron antecedentes clínicos luego entonces se excusa la demora en el diagnóstico, no hubo lugar a practicar estudios por no hubo tiempo (SI HUBO TIEMPO, HUBO 4 HORAS DE ATENCION); en este caso la absolución se centró en que el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar no tiene cura y tal afirmación es falsa; y el que lo presente se muere y que además, no existió un síndrome coronario agudo porque las arterias, a modo de ver del DR BORIS, estaban limpias; **pregunto... y si estaban limpias porque fue reseñado como uno de los diagnósticos de la necropsia?** La

respuesta es clínica, un infarto no solo se produce por el compromiso de las arterias, existen otras causas no fueron tenidas en cuenta.

1.5. La insuficiente valoración del interrogatorio de parte como un todo o en conjunto

Al ser interrogado el representante Legal de la Clínica Chicamocha, éste hizo una serie de confesiones que no fueron valoradas por el aquo:

- En el archivo 139 audiencia parte 2 contestó a las 2 horas y 29 minutos que la sintomatología de un infarto es dolor torácico, cambios en los signos vitales que pueden ocurrir no siempre (como en este caso que no hubo cambios en los signos vitales)
- En el archivo 139 audiencia parte 2 a las 2 horas y 30 minutos que el síntoma de desvanecimiento es un síntoma de infarto y que los cambios electrocardiográficos se pueden presentar en un infarto por la inversión de la onda t si el infarto de cara traumática D 1, D2, D3, AVF o alteraciones supradesniveles u ondas invertidas.
- En el archivo 139 audiencia parte 2 a las dos horas y 31 minutos se le preguntó si el malestar en maxilar inferior con sensación de presión de oídos es un síntoma de un infarto. A lo que contestó seguidamente a las 2 horas y 32 minutos que Un paciente con dolor mandibular puede tratarse de un infarto
- En el archivo 139 audiencia parte 2 a las dos horas y 34 minutos con 59 segundos se le pregunto si el jadeo o la disnea es un síntoma de un infarto a lo que contestó que puede ser de un infarto

Este interrogatorio no recibió ningún valor probatorio.

1.6. Insuficiente valoración o interpretación de la necropsia clínica efectuada al cadáver de Hernán Darío

Una prueba en común tanto de los demandantes como de los demandados fue la necropsia clínica efectuada al paciente por la residente en patología Adriana Rueda Herrera, valga decir, funcionaria en proceso de estudio de la especialidad de patología y visada por el señor Julio Cesar Mantilla Hernández, médico patólogo de la ESE Hospital Universitario de Santander

Este documento registró en el ítem 6, los diagnósticos relacionados con la muerte de Hernán Darío y en el ítem 7 el análisis, correlación y conclusión. Veamos:

Figura 1 pagina 3/4

6. DIAGNOSTICO

HOMBRE ADULTO CON CUADRO CLÍNICO DE 8 HORAS DE EVOLUCIÓN DE DOLOR RETROESTERNAL IRRADIADO A REGIÓN DORSAL DE GRAN INTENSIDAD ASOCIADO A SENSACIÓN DE AGITACIÓN, QUIEN PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO SIN RESPUESTA A LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN BÁSICA Y AVANZADA. EN LA AUTOPSIA SE ENCUENTRA:

1. TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.
2. CARDIOPATIA ISQUEMICA CRONICA CON MULTIPLES ZONAS DE FIBROSIS CORRESPONDIENTES A INFARTO ANTIGUO EN EL TABIQUE INTERVENTRICULAR.
3. INFARTO RECIENTE EN TERRITORIO DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA.

Figura 2 pagina 4/4

Servicio:

4. CONGESTION PASIVA CRONICA DEL HIGADO
5. CONGESTION VISCERAL GENERALIZADA

7. ANALISIS-CORRELACION Y CONCLUSION

TENIENDO EN CUENTA LOS DATOS DE HISTORIA CLINICA Y CORRELACIONANDO ESTOS CON LOS HALLAZGOS DEL EXAMEN MACROSCÓPICO EXTERNO E INTERNO DEL CUERPO Y DEL EXAMEN HISTOPATOLOGICO, SE CONCLUYE QUE SE TRATA DE UN HOMBRE ADULTO MADURO QUIEN FALLECE DE MANERA SUBITA A CONSECUENCIA DE SHOCK CARDIOGENICO POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO.

Atentamente,

ADRIANA RUEDA HERRERA.
Residente de Patología.

Análisis:



Médico JULIO CESAR MANTILLA HERNÁNDEZ

Especialidad: PATOLOGIA

Registro Medico 1025

Pues bien, durante el testimonio rendido por el doctor Boris Eduardo Vesga, traído por la parte demandada, este médico que siendo CARDIOLOGO, hizo una interpretación de la necropsia clínica, **el doctor Boris NO tiene la especialidad de patólogo** para que pueda emitir juicios o interpretaciones de lo que pudo o no ser. En el caso específico, el doctor Boris adujo que el diagnostico numero 3 -**infarto reciente en territorio de la arteria coronaria derecha** – que tal afirmación diagnostica de la necropsia no obedecía a la atención del 6 de noviembre de 2017 y por consiguiente esto le bastó al despacho para considerar que Hernán Darío no murió de un infarto por lo que no debía someterse al tratamiento de un infarto.

Lo cierto fue que se le dio una excesiva valoración al testimonio rendido por un cardiólogo de cara a explicar un resultado de una necropsia, sin tener las competencias para ello.

Remato afirmando que, de haber un corazón limpio, no se hubiera consignado tal diagnostico en la necropsia clínica.

2. LA NO VALORACIÓN DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES Y TESTIMONIALES QUE OBRAN EN EL EXPEDIENTE

En el archivo 156 parte 9 quedó la evidencia de los testimonios que rindieron por una parte la auxiliar de enfermería Adela González Suarez y por la otra, la enfermera jefa NHORA ELIANA CAMARGO HERNANDEZ.

En síntesis, la auxiliar de enfermería Adela González Suarez refirió en su testimonio que fue la encargada de tomar los signos vitales al finado Hernán Dario y al indagarla del porque la incongruencia entre la hora de registro de su nota de enfermería y las horas de ejecución de los actos de enfermería, mas precisamente la toma de signos vitales, contestó que ella tomaba los signos vitales y los apuntó en un papelito, que no reposa en la historia clínica de manera posterior porque lo desechó y que solo registró su valoración dos horas y cuarenta y un minutos posterior porque no tuvo tiempo de hacerlo antes.

Al indagarla de cómo asegurar que lo escrito en el papelito no se le olvidó, o confundió con otro paciente o lo registró de manera correcta apelando a la memoria a lo que contestó que ella si se acordaba. Lo anterior permitió establecer indicios claros que lo registrado en la historia clínica en lo que se refiere a los signos vitales no coincidía con la realidad clínica del paciente, pero, además, se violó lo establecido en la Resolución 1999 de 1995 en cuanto al diligenciamiento de la historia clínica.

Acto seguido, se procedió a tomar el testimonio de la enfermera jefe NHORA ELIANA CAMARGO HERNANDEZ que registró en la historia clínica la nota de enfermería relacionada con las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se dio el proceso infructuoso de reanimación del paciente contestando básicamente que:

- En la sala de rayos x para la fecha de los hechos no había carro de paro lo cual era obligación tenerlo acorde a la Resolución de habilitación y de haberlo tenido en el servicio de rayos x, se hubiera evitado tener que trasladar al paciente al servicio de urgencias para hacerle la reanimación.
- En la fecha actual si hay carro de paro, lo que evidenció que la muerte de Hernán Dario sirvió como acción de mejora.
- El paciente fue trasladado por un camillero desprovisto de cuidados de médico o enfermera, y caminando.
- Una vez el paciente presenta el paro cardiaco, la enfermera es llamada por teléfono, demora un minuto en subir por las escaleras, demora 2 minutos en llevar al paciente hasta la sala de urgencias porque tomó el ascensor y este los llevó inicialmente a otro sitio, perdiendo tiempo valioso y necesario para asegurar un resultado positivo en el proceso de reanimación del paciente.
- Menciona que se trasladó con oxígeno, pero nada de ello quedó registrado en su nota y en medicina lo que no está escrito es porque no existe
- Menciona que al llegar a la sala de rayos x un médico, del cual no se acuerda su nombre, estaba haciéndole masaje básico al paciente, pero ni registra tal novedad importantísima en la historia clínica ni se acuerda del nombre del médico, repito, lo que no está escrito en la historia clínica es porque no existió
- Menciona que de las dos reanimaciones existentes para pacientes en infarto son la

básica y la avanzada y que, de las dos, la más efectiva es la avanzada.

Conclusión, existió demora en inicio de reanimación avanzada al paciente **porque no existía carro de paro en el área de rayos x** y en tal sentido, demoró más de dos minutos en trasladar al paciente al servicio de urgencias, por el ascensor. Y es que la resolución de habilitación de todas las IPS de Colombia – Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud establece la obligatoriedad de todas las instituciones prestadoras del servicio de salud de contar con carros de paro en todos sus servicios.

Es evidente que existió una inoportunidad en el inicio del proceso de reanimación del paciente, lo que se tradujo en una pérdida de oportunidad.

3. INOBSERVANCIA DE LA LEX ARTIS ADHOC / PRUEBAS DOCUMENTALES QUE OBRAN DENTRO DEL EXPEDIENTE

La Resolución 2003 de 2014⁹ Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud establece la obligatoriedad de todas las instituciones prestadoras del servicio de salud de adoptar guías de práctica clínica para atención de los pacientes en urgencias.

Dice el anexo técnico de la citada resolución desde la pagina 22 los estándares y criterios de habilitación por servicio, y trayendo a colación lo descrito en la página 29 para todos los servicios de urgencias a saber:

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.

Pues bien, muy a pesar de que obran dentro del expediente las siguientes guías:

Anexo 19: guía práctica del síndrome coronario agudo
Anexo 21: valor pronostico
Anexo 22: abordaje del tromboembolismo pulmonar en sala de autopsias
Anexo 99: bibliografía triage resolución 5596 de 2015
Anexo 99: bibliografía dolor torácico en los servicios de urgencias

⁹ Aplicable para el año 2017, fecha de atención de Hernán Dario

Anexo 99: bibliografía dolor torácico en el servicio de urgencias un reto por enfrentar
Anexo 99: bibliografía abordaje del dolor torácico
Anexo 148 copia fascículo infarto
Anexo 28 del cuaderno de llamado en garantía archivo 30 diagnóstico y tratamiento del tromboembolismo pulmonar
Anexo 28 del cuaderno de llamado en garantía archivo 31 tromboembolismo pulmonar estratificación de riesgo y dilemas terapéuticos
Anexo 28 del cuaderno de llamado en garantía archivo 32 aspectos destacados relacionados con el proceso de reanimación
Anexo 26 del cuaderno de llamado en garantía folio 61 que menciona la bibliografía Revista Colombiana de cardiología. Guías Colombianas de Cardiología. Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Volumen 15. Suplemento 3. Diciembre de 2008 y Universidad de Antioquia. XXI actualización en Medicina Interna. Edición 21. Abril 2021.

El A quo ni siquiera las mencionó, por el contrario, su sentencia se basó en el dicho del doctor Boris Vesga, para determinar una atención oportuna, lo cual contravino lo estipulado en la sentencia SC9193- 2017 de fecha 29 de marzo de 2017, proferida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, con ponencia del Dr. Ariel Salazar Ramírez, que concretamente dijo:

*Los parámetros explícitos y concretos de pertinencia clínica **se encuentran en las guías de atención del Ministerio de Salud y las distintas entidades territoriales; siendo su acatamiento una obligación legal y no una simple facultad de los agentes prestadores del servicio de salud**, quienes tienen que ceñirse a ellas con el fin de brindar un servicio de verdadera calidad conforme a las condiciones personales del usuario, la cultura de seguridad del paciente, **la práctica de la medicina basada en la evidencia científica** y la atención integral, segura, oportuna y humanizada, tal como lo ordena el artículo 3º de la ley 1438 de 2011.*

***La inobservancia de los criterios establecidos por el conocimiento científico afianzado u objetivo constituye un indicio de la culpa directa de la organización o de sus agentes particulares** cuando tales violaciones están descritas por la evidencia médica como factores de riesgo desencadenantes de los daños sufridos por el usuario.*

La lex artis médica, en suma, son los estándares de la medicina con base en la evidencia, la cual resta importancia a la intuición, la aplicación irracional de lineamientos, la experiencia clínica no sistemática y la justificación fisiopatológica (ojo clínico) como bases suficientes para tomar decisiones médicas, dando mayor valor a los resultados de los exámenes sustentados en la investigación científica.

3.1. Incumplimiento al sistema a de habilitación en salud RESOLUCION 2003 de 2014

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca.

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, dado que si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la prestación de un servicio de salud a conciencia que el usuario está en inminente riesgo. En este sentido, no deben presentarse planes de cumplimiento.

Con la confesión del jefe NHORA ELIANA CAMARGO HERNANDEZ en la que afirmó que, en el servicio de radiología para la fecha de los hechos, no había carro de paro, pero a la fecha si hay, generó del porqué el cambio.

Pues bien, Resolución de habilitación de todas las IPS de Colombia – Resolución 2003 de 2014 *Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud* establece la obligatoriedad de todas las instituciones prestadoras del servicio de salud de contar con carros de paro en todos sus servicios.

Esta afirmación tiene su fundamento en lo siguiente: Desde la página 22 hasta la pagina 34 se establecen todos los requisitos que debe cumplir la IPS para estar habilitada para la prestación del servicio de salud; la página 28 establece que ***Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.***

Descendiendo al servicio de radiología e imágenes diagnósticas baja complejidad página 56 de la Resolución 2003 de 2014 folio 57 en el ítem medicamentos, dispositivos médicos e insumos dice que ***Aplica lo de todos los servicios***

Es decir, que tal unidad requería de un carro de paro, pero al no tenerlo, Hernán Darío tuvo que ser trasladado de radiología a urgencias para ser sometido al proceso de reanimación siendo tardío la iniciación del proceso, **constituyéndose una pérdida de la oportunidad de vivir para el paciente.**

4. LA NO APRECIACIÓN DEL PERJUICIO MORAL Y DAÑO EN VIDA EN RELACIÓN SUFRIDOPOR EL PACIENTE Y LOS DEMANDANTES

En el registro de enfermería de aquella fatídica atención del 06 de noviembre de 2017 que recibió Hernán Darío, se consignó que el *Pte. responde en forma grosera y nos amenaza a pegarnos con el casco de moto que trae sigue gritando e insultándonos a la compañera elizabeth soto y ami adela gonzalez dice, que adonde hijueputas debe ir para que lo atiendan porque se siente muy enfermo.* lo cual demostró el nivel de DESESPERO del paciente ya que

el dolor del infarto del miocardio es uno de los dolores más angustiantes que pueda percibir un ser humano e incluso es descrito en los libros de semiología médica como asociado a una sensación de muerte.

Pero sumado a lo anterior, el paciente no recibió siquiera una canalización para suministro de medicamentos, pues los dos analgésicos brindados fueron intra musculares, no le proporcionaron una camilla, lo dejaron las tres horas sentado en la sala de espera de la urgencia, lo hicieron caminar hasta rayos x, en conclusión fue una atención DESHUMANIZADA.

Por su parte, la no apreciación del perjuicio moral y daño en la vida en realización sufrido por los demandantes llámese esposa, hija-hermanos, madre, sobrinas con ocasión a la muerte de Hernán Darío, acabar y destrozarse una familia unida, un padre apegado a su hija, una esposa enamorada de su esposo, unos hermanos gemelos que lo compartieron todo, incluso el vientre materno, una hermana que fue como una hija para el finado, unas sobrinas que veían a su tío como su segundo padre. Ese 06 de noviembre de 2017 dividió en dos la vida de toda la familia, enmarcando en cada uno de ellos un sentimiento, un dolor, una tristeza, congoja, ansiedad, desesperanza, así como los privó de compartir con ese ser querido el transcurrir de la vida en armonía.

5. LA CONDENAS EN COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO A FAVOR DE LA PARTE DEMANDADA.

Las costas impuesta en primera instancia es considerada injusta debido a que con las pruebas que obran dentro del expediente y los testimonios si se logra comprobar los elementos de la responsabilidad y en presencia de una negligencia en la prestación de servicios médicos por parte de CLINICA CHICAMOCHA y EPS SANITAS como aseguradora dado que la atención brindada a los demandantes no fue de calidad, eficaz, oportuna y lo que manifiesta la juez de primera instancia es que los demandados actuaron diligentemente, pero es factible preguntarnos ¿porque no se consideró como una falla en el servicio el inicio tardío de la atención médica, ¿la irregularidad en el proceso de diagnóstico y tratamiento? La falta de adecuación de la atención médica a las guías y protocolos médicos, ¿la falta de humanidad en el personal médico y de enfermería?

Por lo tanto, la imposición de la condena en primera instancia se considera como una barrera Al acceso de justicia, que para el caso en concreto los demandantes desde su dolor manifestaron sentirse vulnerados, por lo cual deciden activar el aparato jurisdiccional con la Esperanza de justicia. Queda plenamente demostrado la relación de causalidad entre el hecho generador del daño y el perjuicio sufrido por los demandantes, toda vez que con los interrogantes, testimonios, pruebas documentales, declaraciones de los médicos especialistas se observa la negligencia por parte de CLINICA CHICAMOCHA en la atención del paciente Hernán Darío. Quedando claro que dicha atención médica no cumplió con los principios de eficacia, oportunidad, celeridad, humanidad, prevención a la que tienen derecho todas las personas y que esta es conexas a los derechos fundamentales constitucionales de la vida, dignidad humana, salud de calidad, seguridad social.

PETICIONES

Por las razones expuestas anteriormente se solicita a los señores Magistrados del Honorable Tribunal Sala Civil de Bucaramanga proceda a revocar la sentencia de primera instancia expedida por el Juez Sexto civil del Circuito de Bucaramanga y en su lugar, proceda a conceder las pretensiones de la demanda.

Dejo así expuestos los reparos concretos, que serán sustentados en segunda instancia con el aporte de pruebas respectivas.

Del señor Juez,



BLANCA ROSA JIMENEZ DIAZ
C.C. 55306609 de Barranquilla
T.P. 194974 C.S.J.
Email jidiblar11@hotmail.com