

2020-00044 CONTESTACION DEMANDA COMFANDI Y LLAMAMIENTO A CHUBB

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Jue 15/04/2021 2:47 PM

Para: Juzgado 11 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Cali <j11cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: APDO DTE FRANCISCO ELIAS AGUIRRE PLATA <franciscoelias04@hotmail.com>; notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@comfandi.com.co>; notificacioneslegales.co@chubb.com <notificacioneslegales.co@chubb.com>; Michael Andre Arango Bedoya <notificacionesjudiciales@sos.com.co>; EUCLIDES CAMARGO GARZÓN <juridico@segurosdelestado.com>

Señores:

JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

L. C.

Ref. Proceso VERBAL RC MEDICA
Demandantes: **HOLMER VACA ROA Y OTROS**
Demandados: **COMFANDI Y O.**
RAD. 2020-00044

CONTESTACION DEMANDA COMFANDI Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA A CHUBB SA.

link :

LINK DE DESCARGA:

link descarga:

https://conavanet-my.sharepoint.com/:f/g/personal/harold_aristizabal_conava_net/Eg1SK_Pb7m5BozkOelCISOGBlnc63VzVTgcRfiTCpTP25w?e=9GxvXd

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, mayor y vecino de Santiago de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía n°16.678.028 de Cali, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional n°41.291 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado de **COMFANDI**, conforme al poder que se allegara al Despacho, poder que estoy ACEPTANDO Y Ejerciendo en este momento para indicar que procedo a CONTESTAR LA DEMANDA Y formulo LLAMAMIENTO Anexos con este escrito, encontrándome dentro del término oportuno para hacerlo, para tal efecto señor juez adjunto encontrara los siguientes documentos que contienen en archivo PDF :

1. CONTESTACION DE DEMANDA Y LLAMAMIENTO A CHUBB S.A. con sus respectivos Traslados (Y anexos).
2. CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACION LEGAL de COMFANDI y CHUBB
3. Poder
4. Historia Clinica

Todos los documentos se hallan contenidos en el link a través del cual pueden ser fácilmente consultados.

link descarga:

https://conavanet-my.sharepoint.com/:f/g/personal/harold_aristizabal_conava_net/Eg1SK_Pb7m5BozkOelCISOGBlnc63VzVTgcRfiTCpTP25w?e=9GxvXd

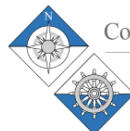
ACUSAR RECIBIDO Y LEIDO,/,

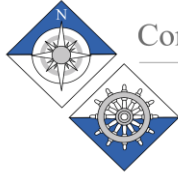
Sinceramente.,

Harold Aristizabal Marin
TP.41291 CSJ
CC. 16678028 Cali
RNA: harold.aristizabal@conava.net

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**Director General**

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"
Código Postal 760044
Santiago de Cali - Colombia

**Consorcio Aristizábal Velásquez****Abogados Ltda.**



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señores:

JUZGADO 11 CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
L. C.

Ref. Proceso VERBAL RC MEDICA
Demandantes: **HOLMER VACA ROA Y OTROS**
Demandados: **COMFANDI Y O.**
RAD. 2020-00044

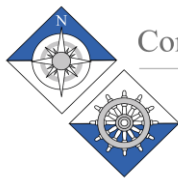
CONTESTACION A LA ACCION

HAROLD ARISTIZABAL MARIN mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del Ministerio de Justicia, actuando conforme al poder otorgado por **JACOBO TOVAR** en su calidad de Representante Legal de la **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE COMFANDI** que fue Demandada en el proceso de la referencia. Mediante el presente escrito contesto dicha Acción propuesta por **HOLMER VACCA** y Otros, a través de su apoderado. Siguiendo el orden propuesto por la Demanda, procedo a contestar de la siguiente forma.

A LOS HECHOS

AL HECHO PRIMERO: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. La paciente para el 15 de diciembre de 2016, de acuerdo con el registro de historia clínica, estaba recibiendo manejo medico de *home care* por estar presentando una patología denominada *empiema*¹ derecho.

¹ Empiema pleural es la acumulación de pus en la cavidad que se encuentra entre la pleura visceral y la pleura parietal (espacio pleural). Es un tipo específico y frecuente de empiema.



Paciente cuyos antecedentes importantes identifican EPOC, artritis reumatoidea, fumadora x 20 años 3 cigarrillos al día. Se observa con detenimiento la historia clínica antecedente en nota del 23 de noviembre de 2016 *“paciente que hace unos meses estuvo hospitalizada en contexto de una masa pulmonar, se llevó a fibrobroncoscopia a tomar biopsia y al ver la historia clínica, el reporte de patología fue negativo para cualquier tipo de enfermedad: neoplasia o infecciosa. La paciente reconsulta por dolor pleurítico. Datos de sepsis y tomografía se encuentra una imagen compatible con una masa y gran derrame, se hizo toracentesis y salió pus: cursa con empiema derecho y el cultivo de este fue positivo para Klebsiella pneumoniae, al interrogar a la paciente se encuentra que es una EPOCosa, exposición pesada al tabaco, daño de parénquima pulmonar y que ha venido perdiendo peso: tiene síntomas de enfermedad crónica desgastante.”*² No se puede imputar el origen de esta entidad patológica a ciencia cierta como lo afirma el apoderado de la parte actora a una conducta del equipo médico e institucional, si fuera cierto que fue adquirida con ocasión de una biopsia, ello constituiría un riesgo inherente³. Por lo demás, en todo caso corresponde a la parte actora probarlo de manera idónea.

² Pagina 101 en relación con anexos de la demanda, o 97/183 en archivo ANEXOS 1 HOLMER VACA.

³ **21.12.2016 Hora : 10:45**

Tipo : Interconsulta

Subjetivo : MEDICINA INTERNA Paciente con empiema y manejo en casa con ampicilina/sulbactam, luego de varios días de hospitalización y drenaje de su empiema. Valorada ayer por colega, quien solicitó estudios, dentro de ellos imagen de tórax y procalcitonina, esta última positiva y en imagen de tórax, ausencia de colecciones en pulmón o nuevo empiema. Se considera que posiblemente no se trata de otra infección, sino de una infección parcialmente tratada en relación al ATB que recibe a pesar de antibiograma que reporta sensibilidad con un MIC <8. En este sentido, se deja cefepime de acuerdo al mismo antibiograma y se indica traslado a nivel 2. En caso de mejoría respecto a conteo de blancos y descenso de reactantes de fase aguda, podrá continuar - reactivar el home care que tenía con cefepime.

Objetivo : .

Análisis : .

Plan : - Traslado a nivel 2 - Dieta comun - Tapon heparinizado - Oxigeno por canula para SatO2 >92% - Suspendir piperacilina/tazobactam - Cefepime 1 gr cada 8 horas IV - Eoxaparina igual - Terapia respiratoria por turno

Responsable : MEZA CARDONA, JUAN CARLOS Registro Profesional : 27-4237

Profesión : MEDICINA INTERNA

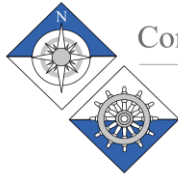
22.12.2016 Hora : 02:06

Tipo : Evolución

Subjetivo : DX: 1. EMPIEMA (TTO PARCIAL) REFIERE SENTIRSE MUCHO MEJOR EN COMPARACION DE MOMENTO DE INGRESO. GRAN DISMINUCION DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR. NIEGA FIEBRE. DISMINUCION DE ACCESOS DE TOS. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA.

Objetivo : **PACIENTE EN CAMILLA, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR.** CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADA. ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSAS HIDRATADAS. CUELLO: MOVIL, NO DOLOR, NO MASAS, NO ADENOMEGALIAS.

C/P: RsCsRS, NO SOPLOS. PULMONES VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO EN BASE PULMONAR IZQUIERDA. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION. NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. G/U: DIFERIDO EXTREMIDADES: SIMETRICAS, MOVILES, NO EDEMAS. SNC: SIN DEFICIT APARENTE. GLASGOW 15/15 SIGNOS VITALES: TA: 120/69, TAM: 89, FC: 78, FR: 19, SAT.O2: 97%, T: 36°C



AL HECHO SEGUNDO Y TERCERO: No son ciertos como lo afirma el apoderado de la parte actora, de acuerdo con las notas de historia clínica la paciente ingresa a la Clínica Tequendama en compañía de su hijo a la 3:20 am y estando en compañía de este, diez minutos después, se levanta al baño y sufre caída desde su propia altura. En nota de la médica Katherine Peña registrada el **22/12/2016 a las 4:57** indica *“paciente que ingresa a esta institución a las 3:20 horas en compañía de su hijo y a las 3:30 horas se levanta al baño y sufre caída de su propia altura presentando hematoma frontal izquierdo, no pérdida de conciencia.”*⁴ En nota de ingreso a UCI registra *“Paciente que durante la hospitalización presenta caída de su propia altura en compañía de su familiar con trauma en región frontal, por lo cual trasladan a nivel superior”*⁵.

Análisis : PACIENTE FEMENINA EN LA 7MA DÉCADA DE LA VIDA, CONOCIDA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA Y NEUMOLOGÍA POR EMPIEMA, INGRESA AHORA POR REACTIVACIÓN DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS. VALORADA POR MEDICINA INTERNA QUIEN CONSIDERA QUE PACIENTE CURSA CON EMPIEMA PARCIALMENTE TRATADO, REQUIERE CONTINUAR CON MANEJO ATB. SE CAMBIA APICILINA/SULBACTAM POR CEFEPIME. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, CON MEJORA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS.

Plan : PENDIENTE HOSPITALIZAR EN NIVEL II PARA CONTINUAR MANEJO MÉDICO. ATENTOS A EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Responsable : DAZA LENIS, MIGUEL ANTONIO Registro Profesional : 768574

Profesión : MEDICINA GENERAL

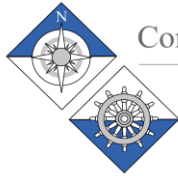
⁴ Página 141 en relación con anexos de la demanda, o 137/183 en archivo ANEXOS 1 HOLMER VACA

⁵ Página 107 en relación con anexos de la demanda, o 103/183 en archivo ANEXOS 1 HOLMER VACA.

22.12.2016 Hora : 04:57

Tipo : Evolución

Subjetivo : INGRESO A HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA COMFANDI TEQUENDAMA PACIENTE QUE INGRESA A CLÍNICA AMIGA EL 20.12.2016 CON ANTECEDENTE DE EPOC, COMPROMISO ENFISEMATOSO SEVERO, EXTABAQUISMO. DESDE SEPTIEMBRE HA TENIDO VARIAS HOSPITALIZACIONES, UNA PARA ESTUDIO DE NÚDULO PULMONAR, A LA CUAL LE REALIZAN BX TRANSBRONQUIAL CON RESULTADOS NEGATIVOS PARA MALIGNIDAD, POR LO QUE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO IMAGENOLÓGICO. ADemás HA PRESENTANDO COLECCIÓN PLEURAL DERECHA QUE SE HA MANEJADO COMO CAUSA INFECCIOSA, LA CUAL FUE MANEJADA CON PIG TAIL PARA DRENAJE Y ESTABA RECIBIENDO EN HOMECARE MANEJO CON AMPICILINA SULBACTAM, ANTE EL CRECIMIENTO DE UNA KLEBSIELLA PNEUMONIAE SENSIBLE EN LÍQUIDO PLEURAL. CONSULTA POR CUADRO DE DISNEA DE INICIO SÚBITO, ASOCIADO A ESCALOFRÍOS. AL INGRESO TOMAN LABS, ENCONTRANDO LEUCOCITOSIS CON NEUTROFILIA Y PCR ELEVADA, POR LO QUE CONSIDERAN PROCESO INFECCIOSO ACTIVO, INICIAN CUBRIMIENTO CON PIPERACILINA TAZOBACTAM Y ES VALORADA POR MEDICINA INTERNA QUE CONSIDERA “PACIENTE CON HOSPITALIZACIÓN RECIENTE POR EMPIEMA DERECHO POR K.PNEUMONIAE SENSIBLE, QUE SE ENCONTRABA EN HOMECARE CON CUBRIMIENTO ANTIBIÓTICO ADECUADO. INGRESA EN ESTA OPORTUNIDAD POR DISNEA DE INICIO SÚBITO (PROBABILIDAD BAJA PARA TEP), ESCALOFRÍOS Y ELEVACIÓN DE RFA. SI BIEN NO ES CLARO PARA MÍ QUE SE TRATE DE UN NUEVO CUADRO INFECCIOSO, CONSIDERO ANTE LA DUDA TOMA DE PROCALCITONINA Y TOMA DE ECOGRAFÍA PARA EVALUAR PRESENCIA DE DERRAME PLEURAL IZQ Y POSIBILIDAD DE TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVOS. MIENTRAS ACLARAMOS CAUSA DE SÍNTOMAS ACTUALES,



PUEDE CONTINUAR MANEJO ANTIBIOTICO INICIADO Y EN CASO DE PRESENTAR FIEBRE TOMAR HEMOCULTIVOS. SOLICITO LABS ADICIONALES. ESTAREMOS ATENTOS A EVOLUCIÓN." ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: EPOC , ARTRITIS REUMATOIDEA HOSPITALIZACIONES: ANOTADA QX: POMEROY, SEPTOPLASTIA FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE TÓXICOS: FUMADORA X 20 AÑOS 3 CIGARRILLOS DIA ALÉRGICOS: PENICILINA?? REPORTE DE LABORATORIOS 20.12.16 GASES ARTERIALES Ph 7.436 PCO2 29.3 PO2 139.3 BE -3.9 cHCO3st 19.3 INDICE P/F 663.2, PT 9.7 PTT 27.0 INR 0.98 HEMOGRAMA LEUCOCITOS 22.83 NEUTROFILOS %. 94.30 LINFOCITOS %. 1.70 M HEMOGLOBINA 9.30 HEMATOCRITO. 28.70 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO 86.20 PLAQUETAS 430.000, BUN 15.6 CREATININA 0.51 SODIO 137.00 POTASIO 4.46 CLORO 100.80 PCR 59.80 LACTATO . 2.3 **RX DE TORAX OPACIDADES DE PREDOMINIO RETICULAR, CON ALGO DE OCUPACIÓN ALVEOLAR EN BASE IZQ Y BORRAMIENTO DE ANGULO COSTOFRENICO DEL MISMO LADO. ALBUMINA: 3, CALCIO: 8.7, PROCALCITONINA: 3.64 *TORACENTESIS: En el presente estudio no se observan colecciones residuales en las bases pulmonares. DR. JUAN PABLO MARTÍNEZ **22.11.16 PDO NO PATOLOGICO

REVALORADA POR MEDICINA INTERNA DR MEZA QUE CONSIDERA "PACIENTE CON EMPIEMA Y MANEJO EN CASA CON AMPICILINA/SULBACTAM, LUEGO DE VARIOS DIAS DE HOSPITALIZACION Y DRENAJE DE SU EMPIEMA. VALORADA AYER POR COLEGA, QUIEN SOLICITO ESTUDIOS, DENTRO DE ELLOS IMAGEN DE TORAX Y PROCALCITONINA, ESTA ULTIMA POSITIVA Y EN IMAGEN DE TORAX, AUSENCIA DE COLECCIONES EN PULMON O NUEVO EMPIEMA. SE CONSIDERA QUE POSIBLEMENTE NO SE TRATA DE OTRA INFECCION, SINO DE UNA INFECCION PARCIALMENTE TRATADA EN RELACION AL ATB QUE RECIBE A PESAR DE ANTIBIOGRAMA QUE REPORTA SENSIBILIDAD CON UN MIC <8. EN ESTE SENTIDO, SE DEJA CEFEPIME DE ACUERDO AL MISMO ANTIBIOGRAMA Y SE INDICA TRASLADO A NIVEL 2. EN CASO DE MEJORIA RESPECTO A CONTEO DE BLANCOS Y DESCENSO DE REACTANTES DE FASE AGUDA, PODRA CONTINUAR - REACTIVAR EL HOMECARE QUE TENIA CON CEFEPIME" **PACIENTE QUE INGRESA A ESTA INSTITUCION A LAS 03+20 HORAS EN COMPAÑIA DE HIJO Y A LAS 03+30 HORAS SE LEVANTA AL BAÑO Y SUFRE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA PRESENTANDO HEMATOMA FRONTAL IZQUIERDO, NO PERDIDA DE LA CONCIENCIA.**

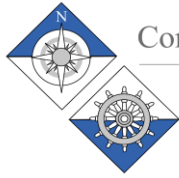
Objetivo : PACIENTE ALERTA, EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, HIDRATADA SIGNOS VITALES TA 121/81 TAM 92 FC 82XMIN FR 18XMIN SAT 96% T 36 SE OBSERVA EN REGION FRONTAL IZQUIERDA HEMATOMA APROXIMADAMENTE 3 CM DE DIAMETRO. PINR, CONJUNTIVAS ROSADAS, ESCLERAS ANICTERICAS CUELLO: MOVIL, NO SIGNOS MENINGEOS CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO SOBREAgregados ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, PERISTALTICO + G/U: DIURESIS + ESPONTANEA EXTREMIDADES: HIPOTROFICAS, NO EDEMA, PULSOS PERIFERICOS +++ SNC: SIN DEFICIT APARENTE, ORIENTADA EN 3 ESFERAS

Análisis : PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDEA, CAQUEXICA, EN MANEJO DE EMPIEMA BAJO MODALIDAD DE HOMECARE CON AMPICILINA/SULBACTAM, LUEGO DE VARIOS DIAS DE HOSPITALIZACION Y DRENAJE DE SU EMPIEMA. VALORADA POR MEDICINA INTERNA QUIEN SOLICITO ESTUDIOS, DENTRO DE ELLOS IMAGEN DE TORAX Y PROCALCITONINA, ESTA ULTIMA POSITIVA Y EN IMAGEN DE TORAX, AUSENCIA DE COLECCIONES EN PULMON O NUEVO EMPIEMA. SE CONSIDERA QUE POSIBLEMENTE NO SE TRATA DE OTRA INFECCION, SINO DE UNA INFECCION PARCIALMENTE TRATADA EN RELACION AL ATB QUE RECIBE A PESAR DE ANTIBIOGRAMA QUE REPORTA SENSIBILIDAD CON UN MIC <8, POR LO QUE MEDICINA INTERNA CONSIDERA CONTINUAR MANEJO CON CEFEPIME DE ACUERDO AL MISMO ANTIBIOGRAMA Y SE INDICA TRASLADO A ESTA INSTITUCION PARA VIGILANCIA CLINICA, POSTERIOR A SU INGRESO SUFRE CAIDA DE SU PROPIA ALTURA, PRESENTANDO TRAUMA CRANEOENCEFALICO, HEMATOMA EN REGION FRONTAL IZQUIERDA, NO PERDIDA DE LA CONCIENCIA, SIN EMBARGO POR ESTADO NUTRICIONAL DE LA PACIENTE, A DESCARTAR HEMOMATOMA INTRACRANEANO, SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE, VIGILANCIA NEUROLOGICA.

Plan : HOSPITALIZAR A CARGO DE MEDICINA INTERNA DIETA COMUN SSN 0.9% A 50CC/ HORA CEFEPIME FCO 1GR EV CADA 8 HORAS (FI 21.12.16) ENOXAPARINA AMP 20MG SC CADA DIA OMEPRAZOL CAP 20MG VO CADA DIA DIPIRONA AMP 1GR EV AHORA VIGILANCIA NEUROLOGICA CADA HORA. SE SOLICITA TAC DE CRANEO SIMPLE, HEMOGRAMA, PCR, FUNCION RENAL CONTROL DE SIGNOS VITALES Y AVISAR NOVEDADES, GRACIAS.

Responsable : PEÑA, KATHERINE Registro Profesional : 764886-10

Profesión : MEDICINA GENERAL



Lo que nos indican estos dos hechos de la demanda, es que quien estaba al cuidado y supervisión de la paciente para ese momento que sufre la caída desde su propia altura, conforme clara confesión de la parte actora: era el hijo acompañante, quien realmente asistía a su señora madre, pues obsérvese que su afirmación es clara cuando indica en el hecho 2 “en el momento del ingreso el acompañante la deja en el baño”, sin percatarse al momento de salir la señora del baño, la asistencia que requería en ese momento; cuando precisamente acontece el accidente. De otra parte las fotos de que pretende hacer uso, no corresponden al lugar ni al momento en que se produce el accidente, y se desconoce en que momento y por quien fueron tomadas para que acredite su autenticidad.

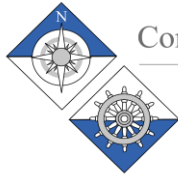
AL HECHO CUARTO y QUINTO: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. De acuerdo con nota del medico Jorge Wilmar Tejada Marin refiere en nota que registra a las **10:16 del 22/12/16** “paciente que ingresa a esta institución a las 3:20 horas en compañía de su hijo y a las 3:30 horas se levanta al baño y sufre caída de su propia altura presentando hematoma frontal izquierdo, no perdida de conciencia. En el momento refiere sentirse bien, no déficit neurológico”⁶ en **nota de 11:25** se advierte: “recibo llamado de técnico de imágenes, revisando TAC de cráneo simple observando hematoma subdural agudo con edema cerebral asociado y oclusión de cuerpo posterior de ventrículo izquierdo, considero manejo en nivel III y valoración por neurocirugía urgente para definir conducta con la paciente. Comento con Dr. Manuel Perez (internista) quien acepta la paciente en urgencias Clinica Amiga”⁷. Luego, no es cierto que paciente a las 4 pm sin signos vitales, pues no existe en historia clínica que indique que haya sido necesario reanimar por perdida de signos vitales. Por lo demás, en todo caso corresponde a la parte actora probarlo de manera idónea.

AL HECHO SEXTO: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. Con ocasión de la caída la paciente evidencio de acuerdo con el registro de la historia:

“ PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TRAUMÁTICO QUE REQUIRIÒ CIRUGÌA PARA DRENAJE POR DETERIORO NEUROLÒGICO AGUDO SEVERO, EN EL POST OPERATORIO PRESENTÒ COMA PROLONGADO, REQUIRIÒ MANEJO CON TRAQUEOSTOMÌA, GASTROSTOMÌA Y NUTRICIÒN ENTERAL, HA PRESENTADO MEJORÌA NEUROLÒGICA PROGRESIVA, SIN EMBARGO AÙN NO TOLERA LA VÌA ORAL, REQUIERE PARA SU NUTRICIÒN FUNDAMENTAL, PARA SU VIDA Y TENIENDO EN CUENTA SU ESTADO

⁶ Página 142 en relación con anexos de la demanda, o 138/183 en archivo ANEXOS 1 HOLMER VACA

⁷ Página 142 en relación con anexos de la demanda, o 138/183 en archivo ANEXOS 1 HOLMER VACA



**NEUROLÓGICO Y LA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN HOSPITALARIA PULMOCARE
NUTRICIÓN ENTERAL LATAS DE 8 ONZAS, CUATRO LATAS DIARIAS.”**

De acuerdo con la descripción de quirófano, según nota de enfermería circulante de Quirófano indica:

“INGRESA PACIENTE AL QUIROFANO 1 PROVENIENTE DE LA UCI EN COMPAÑÍA DE JEFE Y MEDICO PARA **PROCEDIMIENTO DE TRAQUEOSTOMIA** POR LA DRA TASCON, PACIENTE QUIEN SE OBSERVA INTUBADO, SONDA NASOGASTRICA PINZADA, CENTRAL SUBCLAVIO IZQUIRDO TRILUMEN PASANDO SSN 1000CC, SONDA VESICAL CONECTADA ACISTOFLO CON 100CC DE ORINA OSCURA, LINEA ARTERIAL EN PIE DERECHO CUBIERTA CON TEGADER, **TRAE CONSENTIMIENTOS OK**, MANILLAS DE IDENTIFICACION, SE UBICA EN CAMILLA QX SE REALIZA LISTA DE CHEQUEO EN VOZ ALTA. SEGUN LISTA DE QUECHEO ALERGICO A LA PENICILINA, CON ENFISEMA PULMONAR, ARTRITIS REUMATOIDEA. DRA GIRALDO INDUCE ANESTESIA GENERAL CON MIDAZOLAM FENTANYL Y ESMERON + GOTEIO CONTINUO DE REMIFENTANYL SIN COMPLICACION. COLOCAN TRAQUEOSTOMIA INSUMOS JERINGA 5CC.....2 JERINGA 10CC.....2 CLORURO 500CC.....1 LIDOCAINA SIMPLE.....1 LIDOCAINA JALEA.....1 KIT BOMBA LC 5000....1 TERMINA PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES, SE TRASLADA A UCI EN CAMILLA CON TRAQUEOATOMIA PERMEABLE CONECTADO A AMBU + BALA DE OXIGENO A 8 LITYROS X MIN CON SONDA NASOGSTRICA PINZADA, CATETER CENTRAL TRILUMEN TRILUMEN 1.VIA PASANDO 1000CC DE SAN A GOTEIO LENTO 2. GOTEIO DE NOREPINEFRINA 4 MG EN 250 CC DE DEXTROSA EN AD A 30 CC HORA 3.VIA PINZADA CON SONDA VESICAL CONECTADA A CISTOFLO ELIMINANDO ORINA CLARA PACIENTE SIN QUEMADURAS NI LASERACIONES NI ZONAS DE PRESION S/V ESTABLES HC COMPLETA.”

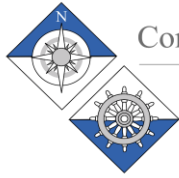
La descripción quirúrgica del procedimiento de traqueostomía refiere:

“PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA CON YODADOS INCISION TRANSVERSA DISECCION POR PLANOS MUSCULOS PRETRAQUEALES IDENTIFICACION DE TRAQUEA PUNTO DE REPARO CON VYCRIL 3-0 Y FIJACION A FASCIA Y PIEL INCISION EN U INVERTIDA PASO DE CANULA 7 VERIFICACION HEMOSTASIA Y ADECUADA POSICION DE CANULA CIERRE PIEL PROLENE 3-0”

Para el 29-12-17 se registra en su historia clínica:

“Paciente femenina con antecedente de EPOC, desnutrición y artritis reumatoidea, hospitalizada por NAC con empiema, durante su hospitalización presentó caída con hematoma subdural bilateral que requirió de intervención quirúrgica emergente, en UCI desde el 22 12, sin recuperación neurológica, en coma, dependiente de VM, con traqueostomía, a la espera de recuperación nutricional para realización de gastrostomía. Se decide inicio de solicitudes para home care”

Luego, nos atenemos a lo acreditado idóneamente con base en la historia clínica. De todo lo registrado en historia clínica se advierte que la paciente venía registrando unas patologías previas que impactaban negativamente además del trauma, en la evolución clínica de la misma. Se



advierte de la necesidad de manejo *home care*, extramural, en consideración de los mayores riesgos que implican la estancia hospitalaria de adquirir infecciones del entorno hospitalario que suelen ser más resistentes al manejo de la antibioticoterapia. Téngase en cuenta en este sentido la confesión que hace la parte actora en este hecho cuando indica pese a que se les informo de la necesidad y conveniencia de su traslado a un espacio extramural con soporte medico *home care*, no aceptaron, según exponen ahora porque “le daba miedo” que en esa condición se complicara. Pretendiendo desconocer que los riesgos inherentes particularmente de carácter infeccioso siempre son mayores en el ámbito hospitalario.

AL HECHO SEPTIMO: Nos atenemos a lo que registra la historia clínica.

De acuerdo con lo registrado en historia clínica para el 28-01-17 se indica:

“PACIENTE CON HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TRAUMÁTICO QUE REQUIRIÓ CIRUGÍA PARA DRENAJE POR DETERIORO NEUROLÓGICO AGUDO SEVERO, EN EL POST OPERATORIO PRESENTÓ COMA PROLONGADO, REQUIRIÓ MANEJO CON TRAQUEOSTOMÍA, GASTROSTOMÍA Y NUTRICIÓN ENTERAL, HA PRESENTADO MEJORA NEUROLÓGICA PROGRESIVA, SIN EMBARGO AÚN NO TOLERA LA VÍA ORAL, REQUIERE PARA SU NUTRICIÓN FUNDAMENTAL, PARA SU VIDA Y TENIENDO EN CUENTA SU ESTADO NEUROLÓGICO Y LA VALORACIÓN POR NUTRICIÓN HOSPITALARIA PULMOCARE NUTRICIÓN ENTERAL LATAS DE 8 ONZAS, CUATRO LATAS DIARIAS”.

En todo deberá probarlo la parte actora.

AL HECHO OCTAVO: Nos atenemos a lo que registra la historia clínica.

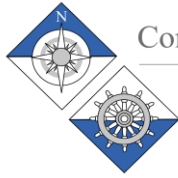
AL HECHO NOVENO Y DECIMO: Nos atenemos a lo que registra la historia clínica.

De acuerdo con lo registrado en historia clínica para el 26-04-17

“pcte que egreso de Clinica Amiga con idx itu complicada, indican *home care* meropenem, pcte con ant de tce severo dnt severa proteico calóricas secuelas neurológicas herida en escalpoepilepsia Consulta el día de hoy por discomfort, movimientos de las extremidades refiere familiar que convulsiono, sin pérdida del conocimiento. se toma glucometría de 102 mgdl. ANTC DE ARTR REUMATPIDEA, EPOC, DEFECTO DE COBERTURA DE ESCALPO NEUMONIA COMPLICADA ABSCEDE DE PULMON ALERGICA A LA PENICILINA”

AL HECHO DECIMO PRIMERO: No nos consta. Corresponden a hechos ajenos a la IPS. Por lo demás que lo pruebe idóneamente.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: No nos consta. Corresponden a hechos de la intimidad familiar desconocidos por la IPS. Independientemente la decisión de no practicarse una cirugía por cálculos renales del familiar, no guarda relación causa efecto con el caso motivo de debate,



ello corresponde a la decisión autónoma como paciente que tiene cada uno, por lo que puede imputar a este asunto las consecuencias de autocuidado y adherencia a un tratamiento particular.

AL HECHO DECIMO TERCERO: Nos atenemos a lo que registra la historia clínica.

De acuerdo con lo registrado en historia clínica para el 30-05-17

"PACIENTE TRAIDA POR SU HIJO QUIEN REFIERE QUE NO PUEDE RESPIRAR, SOMNOLIENTA, NO PUEDE HABLAR, NO PUEDE DEGLUTIR CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS. FAMILIAR MAL INFORMANTE Y ANSIOSO. SE OSBERVA DESATURADA, PERO ASINTOMATICA, NO PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR, NO POLIPNEA ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ¿¿OSTEMIELITIS?? IVU? HEMAOTMA SUBDURAL ALERGICO: PENICILINA CX: POP CRANEOTOMIA"

La paciente fue interconsultada con medicina interna, registrando:

"MEDICINA INTERNA Paciente con historia de hematoma subdural drenado a final de 2016, con múltiples complicaciones dentro de ellas traqueostomía por intubación prolongada (ya se retiro), postración en cama, sarcopenia, osteomielitis en escapo, con home care situación, quien acude por varios ito de situación respiratorios, fiebre, hiporexia, adinamia. Dentro de sus estudios, Rx de situa con opacidades paracardiacas y hacia situac superior derecho. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, PCR de 242. Electrolitos y situación renal conservadas.

Objetivo : En camilla, tranquila, sin disnea, alerta, establece adecuado contacto con evaluador TA de 112/73, FC de 102, FR de 20, afebril, SatO2 de 97% Mucosas hidratadas al límite y rosadas Escleras situaciones No ingurgitación yugular Cardiopulmonar con crépitos en bases escasos, ruidos cardiacos rítmicos y regulares, sin soplos No edema de extremidades, atrofia muscular marcada No focalizada Alerta y orientada

Análisis : Paciente con situación de la comunidad vs. Aspirativa, se deja manejo con ampicilina/sulbactam 3 gr cada 8 horas y claritromicina 500 mg al día IV por 7 días. Explico situación a acudiente, quien entiende y acepta.

Plan : - Homecare – Ampicilina/Sulbactam 3 gr cada 8 horas IV por 7 días – Claritromicina 500 mg al día IV por 7 días – Visita Medica domiciliaria cada 72 horas hasta fin manejo.

Responsable : MEZA CARDONA, JUAN CARLOS"

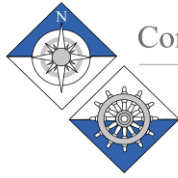
En Terapia Enterostomal

"HERIDA EN HEMICRANEO IZQUIERDO CON DEFECTO DE COBERTURA, EXPOSICION OSEA, HUESO NEGRO, POROSO, BORDES RETRAIDOS, NO OLOR, NO DOLOR, SECRECION SEROPURULENTO EN POCA CANTIDAD LIMPIO CON SSN, APLICO SAF-GEL + APOSITO AQUACEL FOAM + APOSITO SECUNDARIO + FIXOMULL EN CASO DE ALTA MEDICA DEBE CONTINUAR CURACIONES DOMICILIARIAS POR TEO 2 VECES X SEMAN X 1 MES Y LUEGO SEGUN EVOLUCION DE LA HERIDA PACIENTE QUE DEBE SER VALORADA POR NEUROCIRUGIA POR RIESGO DE OSTEOMIELITIS? MENINGITIS?

Plan : FPC TEO:02-06.-17 CAMBIOS DE POSICION CADA 2 HORAS EVITAR DECUBITO LATERAL IZQUIERDO, NO APOYAR LA CABEZA SOBRE EL LADO IZQUIERDO CAMBIO DE APOSITOS SECUNDARIOS SEGUN NECESIDAD INSUMOS 1 SSN X 100 CC 1 APOSITO AQUACEL FOAM 25X30 1 TUBO DE SAF - GEL (YA LO TIENE LA PACIENTE)"

"Análisis: UPP ESTADIO 3 EN REGION SACRA, PIEL PERILESIONAL SANA, NO OLOR, NO DOLOR, SECRECION SEROSA EN POCA CANTIDA. LECHO LIMPIO CON SSN, DEJO CUBIERTA CON SAF-GEL + APOSITO AQUACEL FOAM+APOSITO SECUNDARIO

Plan : FPC TEO SEGUN NECESIDAD APLICAR OXIDO DE ZINC E AREA DEL PAÑAL CAMBIOS ERICTOS DE POSICION CADA 2 HORAS CUIDADOS GENERALES DE PIEL (HIGIENE, HIDRATACION Y MASAJE) ALIVIAR PRESION SOBRE PROMINENCIAS OSEAS CON AYUDA DE ALMOHADAS MANTENER TENDIDOS DE CAMA LIMPIOS , SECOS Y BIEN



AJUSTADOS CAMBIO OPORTUNO DE PAÑAL PARA EVITAR LESIONES DE PIEL POR HUMEDAD LE REFUERZO EDUCACION
AL CUIDADOR (ESPOSO) SOBRE CUIDADOS GENERALES DE PIEL DEL PACIENTE POSTRADO INSUMOS 1 SSN X 100 CC
1 AQUACEL FOAM DE 10X10"

Por lo demás, me atengo a lo que se pruebe con base en la historia Clínica.

AL HECHO DECIMO CUARTO: Este hecho es impreciso porque no indica circunstancia de tiempo, modo y lugar. Por lo que no es posible verificar veracidad o no. Sin embargo, llama la atención que hayan dejado transcurrir una semana de dificultad respiratoria, sin haber consultado con mayor prontitud.

AL HECHO DECIMO QUINTO: no nos consta, debe probarlo idóneamente.

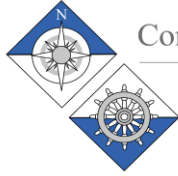
AL HECHO DECIMO SEXTO: Nos atenemos a lo que se logre acreditar con base en la historia clínica. La descripción que se hace en este hecho corresponde al día en que fallece la paciente el 7 de junio de 2017.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO: No es un hecho sino afirmaciones de carácter subjetivo que corresponde al resorte de la intimidad del paciente que deberá probar de manera idónea el actor.

AL HECHO DECIMO OCTAVO: Cierto.

A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS

Con fundamento en la contestación de la demanda, por considerarlas infundadas, por no existir causa imputable, ni nexo causal, ni culpa, ni falla institucional o daño indemnizable, no hay obligación alguna pendiente. Nos oponemos a todas y cada uno de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a COMFANDI con ocasión de la acción Ordinaria dentro de Proceso que promoviera ante esta instancia el señor HOLMER VACA y O., con lo cual estamos significando que las condiciones de salud evidenciadas en la paciente no tuvieron su origen en la conducta Profesional Médica,



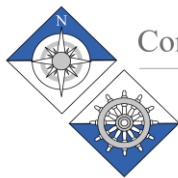
pues esta fue la adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual, pues se cumplieron los procedimientos esperados habiéndole prestado al paciente la atención médica necesaria a través del servicio de salud que requería con lo cual estamos indicando que la patología de base del paciente y el riesgo inherente que constituyó un evento de difícil previsión e irresistible, sin que este haya tenido su origen en conducta profesional sino que se presentó como *un hecho ajeno* o también denominada *causa extraña* que escapo a toda voluntad humana por parte del personal profesional médico de la institución, en este caso demandada.

HECHOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA FRENTE A LAS PRETENSIONES

Sobre los hechos que son motivo de la demanda e invocados como fundamento de la Acción, aduciendo acciones inseguras y fallas en la atención y cuidado por parte del equipo médico y en los que se hace consistir la supuesta Responsabilidad Civil por daños y perjuicios con ocasión de los compromisos a la salud de la paciente LUZ AIDE RUEDA ARANGO que llevaron a su fallecimiento, se enmarca dentro del régimen de la Responsabilidad Civil, deberá ser probada por la Parte Actora si efectivamente se produjo como consecuencia de una actividad o conducta generada por acción u omisión de orden sustancial en la atención brindada en la institución que represento, por el personal adscrito a tal entidad. Para de ello pretender obtener declaración y condena a su favor.

La medicina es esencialmente una vocación y una profesión de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objetivo mismo del acto médico: Restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de la enfermedad, prevenir complicaciones de la misma, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

En el caso objeto de análisis, a la paciente se le brindó la atención médica e institucional que requería de acuerdo al compromiso que presentaba y de acuerdo con la evolución de la condición de base, sin que exista evidencia que permita inferir que los compromisos a su salud sean secundarios a una atención institucional defectuosa. Máxime si se sabe de una parte que la



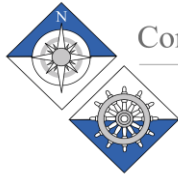
Obligación en materia medica que le incumbe en este tipo de servicios es de *Medios*. Motivo por el cual, para cumplir la obligación a su cargo, se debe ser diligente y prudente con respecto al paciente, actuar con diligencia y cuidado, poniendo los medios adecuados para ello, debiendo demostrar, justamente, el cumplimiento de esos deberes para exonerarse de la indemnización de perjuicios por incumplimiento de su obligación. Pues si se pretendiera considerar que la obligación es de resultado, desconociendo su naturaleza sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no resulta valido cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio.⁸

Lo cierto es que la Institución clínica brindo un máximo de seguridad al paciente, dedicándole la atención y la vigilancia que la prestación del servicio requería, para lo cual el personal encargado de este fue cuidadoso y previsor, con el conocimiento de las medidas de prevención que debían tomarse y haberlas tomado en forma correcta y oportuna.

La institución cumplió a cabalidad esa obligación porque, con relación al simple riesgo de una caída, el personal de salud tomó las medidas de cautela. Lo cierto es que la institución que represento no puede asumir responsabilidad de un paciente como en este caso que pudo accidentalmente sufrir las lesiones. Motivo por el cual no es procedente deducir responsabilidad contra la entidad demandada por los perjuicios sufridos por la actora a causa de la caída.

Al profundizar en el examen del contenido y los alcances del referido deber de seguridad, se advierte que el mismo puede consistir, como ya quedara establecido, en la “obligación determinada” del deudor por medio del cual este se compromete a evitar que el acreedor sufra cualquier accidente en el cumplimiento del contrato que lesione su persona o sus bienes, salvo, claro está, los originados en fuerza mayor, culpa exclusiva de la víctima o de un tercero. En esta hipótesis, como es obvio, ocurrido el daño, se presume la culpa del deudor, a quien incumbe, por consiguiente, para librarse de la subsecuente responsabilidad civil, demostrar alguna de las anteriores causales de exoneración, relativas a la ausencia de nexo causal. Esclarecedores ejemplos de una obligación de seguridad de este talante, se encuentran en el contrato de transporte (artículos 982, 1003 y 1880, entre otras, del Código de Comercio) y en el de depósito

⁸ Sentencia de Agosto 24/98 Exp. 11833 MP. Jesús Maria Carrillo Ballesteros C. de Estado.

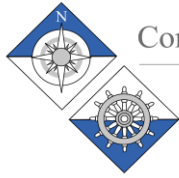


mercantil (Art. 1171, *ejusdem*), en este último caso en cuanto dicha obligación está estrechamente ligada con la de restituir.

Empero, como igualmente ya quedara anunciado, el deber de seguridad puede trocarse, en un “*deber general de prudencia y diligencia*” encaminado a evitar la ocurrencia de cualquier percance. En este caso, incumbe al acreedor demostrar que el deudor desatendió el deber a su cargo y, por causa de su negligencia o imprudencia, causó el daño alegado por aquel.

La importancia de la distinción entre una y otra manifestación de la obligación de seguridad radica en que por razón de la misma se establecen, entre otros, los aspectos relativos al contenido del deber del deudor y la carga de la prueba en el proceso respectivo; empero, es preciso advertirlo, establecer dicha diferenciación es cuestión verdaderamente ardua cuando las partes o la ley no la han fijado expresamente. Para tal efecto suelen tomar en consideración, doctrina y jurisprudencia, diversos criterios, habida cuenta de la insuficiencia o complejidad de uno solo de ellos; afloran entonces pautas tales como la aleatoriedad del fin último perseguido por el acreedor, conforme a la cual suele considerarse la obligación de seguridad como un mero deber general de prudencia en aquellas hipótesis en las que la conducta del deudor se orienta a la “*satisfacción de un interés de obtención incierta*”, vale decir, cuando la consecución del desenlace deseado por el acreedor no depende ordinariamente, ni de manera exclusiva de la diligencia del deudor, pues puede acontecer que a pesar de su esmerado empeño no se obtenga el desenlace querido por aquel, por causa de la frecuente intervención de factores de distinta estirpe que se escapan a su control. Contrariamente, si son mínimas las circunstancias azarosas que pueden frustrar el propósito anhelado por el acreedor, ese “*riesgo despreciable*” permite atribuirle al deudor una obligación de seguridad determinada o de resultado.

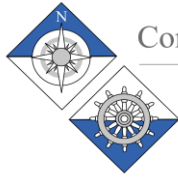
Del mismo modo, y estrechamente ligada con lo anteriormente dicho, **la participación más o menos activa del acreedor en el cumplimiento de la obligación a cargo del deudor** ha sido otro de los criterios tenidos en cuenta para efectos de resaltar la anotada distinción, de modo que si aquel (**el acreedor**) juega un papel eminentemente pasivo en los hechos es posible entender que el deber de seguridad a cargo del deudor suba de punto, inclusive, hasta poder ser calificado como obligación determinada o de resultado, al paso que **si interviene activamente, dado que disminuye el poder de control del deudor, se podría estar ante una obligación genérica de prudencia o diligencia.**



Dada la innegable dificultad de elaborar soluciones dogmáticas generales y abstractas e, inclusive, la de establecer un criterio único o uniforme, corresponderá al juzgador **analizar las particularidades de cada caso con miras a adoptar cualquiera de tales pautas que considere idónea para distinguir si la obligación de seguridad a cargo del deudor contiene únicamente un deber genérico de diligencia** o, por el contrario, el de evitar cualquier accidente en el cumplimiento del contrato que lesione a la persona del acreedor o a sus bienes, todo esto, claro está, cuando las partes o la ley no lo señalen expresamente.

Por fuerza del ameritado deber de procurar la seguridad personal del enfermo, la institución asistencial COMFANDI tomo las medidas necesarias para que no sufriera ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato la institución asumió, criterio que la Corte ha aceptado en sus lineamientos básicos al declarar que, de cara al denominado ‘contrato de hospitalización’, ‘el establecimiento contrae frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato, obligación que comprende también la de custodia y vigilancia si se trata de establecimientos para enfermos con afecciones mentales, pues en tal caso se busca la propia seguridad personal...’ (G.J. T. CLXXX, pág. 421), identificándose así un imperativo de conducta que en el común de los casos, cuando el paciente no ha desempeñado función activa alguna en la producción del daño, constituye una obligación determinada o de resultado, mientras que en la hipótesis contraria, o sea cuando ha mediado un papel activo de la víctima en el proceso de causación del perjuicio, al establecimiento deudor tan solo le es exigible un quehacer diligente y técnicamente apropiado, deber que se estima satisfecho en tanto demuestre que el accidente acaecido no se debió a negligencia, imprudencia o impericia de su parte. Todo depende, pues, de los factores particulares que rodean cada situación, factores circunstanciales que no son siempre iguales y que, al fin de cuentas, son los llamados a fijar los deberes y graduar la diligencia exigible, siguiendo un método que antiguas legislaciones europeas formulaban diciendo que cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que se desprenda de las consecuencias posibles de los hechos” (cas., feb. 1º/93)

Es palmario, por consiguiente, qué hay hipótesis en las que el paciente confía enteramente su cuerpo al centro clínico u hospitalario en el cual se interna o al que encomienda la práctica de diversos exámenes, y para cuya realización queda notoriamente reducida su libertad de obrar y, por ende, es mínima o nula su intervención activa en los actos que al efecto ejecuta el



establecimiento, a la vez que los accidentes que entonces ocurran no pueden concebirse como acontecimientos cotidianos o frecuentes que conduzcan a pensar que, no obstante el diligente empeño del deudor, la seguridad del examinado constituya un álea que escapa a su control, de frente a situaciones de esta índole, se decía, es preciso inferir que la entidad asistencial asume de manera determinada el compromiso de evitar que el paciente sufra cualquier accidente, obligación de la cual solamente puede exonerarse demostrando que el mismo obedeció a una causa extraña.

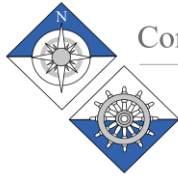
Por el contrario, **ocasiones habrá en las que, dada la injerencia activa del usuario en los hechos, o la frecuente intervención de sucesos azarosos, la actividad no esté enteramente sometida al control de la institución, supuestos estos en los cuales, subsecuentemente, la obligación de esta solamente se concreta en un deber de diligencia y prudencia.**

El servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente ⁽³⁾, sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios.

El numeral 3º del artículo 3º del Decreto 1011 de 2006 ⁽⁴⁾, define la obligación de seguridad en la atención en salud como “...el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que **propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de salud o mitigar sus consecuencias.**” Como se aprecia, esa obligación contiene diversas prestaciones, tales como la de establecer procesos, el diseño de instrumentos y el empleo de metodologías que tiendan a la reducción o mitigación de los riesgos que pueden desencadenar un evento adverso en relación con la atención de salud.

La obligación médico - hospitalaria tiene origen en diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, según los lineamientos del profesor José Manuel Fernández Hierro, citado por el tratadista Alberto Bueres, en los siguientes términos:

1. “(...) Savatier hablaba de actos médicos y de actos hospitalarios (que se correspondían, respectivamente, con los que en el párrafo anterior identificamos



como médicos y paramédicos). Sin embargo, en los últimos años, Fernández Hierro ha ensayado una clasificación que parece más completa. De tal suerte, se distinguen estos supuestos:

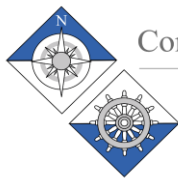
“1. **Actos puramente médicos.** –que son los de profesión realizados por el facultativo;

“2. **Actos paramédicos.** –que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etc.). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

“3. **Actos extramédicos.** – están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes ⁽⁷⁾”.

Por lo tanto, los eventos adversos, como incumplimiento de la obligación de seguridad y vigilancia, se localizan en el campo de los *actos extramédicos* toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración sanitaria que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario.

Así las cosas, tanto la doctrina como la jurisprudencia han deslindado la responsabilidad derivada de la falla (culpa) del servicio médico (errores médicos o paramédicos), de aquella que se relaciona con el desconocimiento del deber de protección y cuidado de los pacientes durante su permanencia en el establecimiento sanitario, precisamente por tener un fundamento o criterio obligacional disímil; el primero supone el desconocimiento a los parámetros de la *lex artis* y reglamentos científicos, mientras que el segundo está asociado al incumplimiento de un deber jurídico de garantizar la seguridad del paciente. ***Ahora bien, no supone lo anterior que la responsabilidad de la administración sanitaria se torne objetiva en el segundo supuesto, como***



quiera la jurisprudencia de esta Sala ha sido enfática en precisar que la medicina no puede ser considerada una actividad riesgosa, salvo aquellos eventos en los que se empleen aparatos, instrumentos o elementos que conlleven un riesgo para los pacientes, único escenario en que será viable aplicar el título de imputación – objetivo – de riesgo creado o riesgo álea.⁹

EXCEPCIONES DE FONDO

A. PRINCIPAL

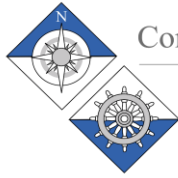
I. CAUSA EXTRAÑA (CONCURRENCIA DE CULPA DE LA VÍCTIMA- PACIENTE y HECHO DE UN TERCERO-FAMILIAR)

Frente a los deberes jurídicos puestos de presente, el de seguridad, el de cuidado personal, integran el contenido de la prestación contractual de hospitalización, cuyo incumplimiento genera la obligación indemnizatoria correspondiente, sin embargo, sin duda alguna, si en estos supuestos el daño ocasionado fuere consecuencia de la fuerza mayor o caso fortuito, *culpa exclusiva de la víctima* o *hecho del tercero*, no se darían los supuestos de la responsabilidad civil..."¹⁰ . (Se subraya).

Significa lo anterior que como en este caso si como se podrá verificar con la historia clínica (medio de prueba objetivo) y los testimonios controvertidos, el paciente y su familiar con su comportamiento, produjeron en todo caso el hecho de manera ajena a la voluntad del equipo de salud de COMFANDI, luego no le es imputable a esta entidad. Pues si se describe un hecho en que el propio paciente se ocasiona accidentalmente la lesión cuando se hallaba aun al cuidado del familiar acompañante, constituye un evento súbito, imprevisible e irresistible para el personal médico que se iba a encargar precisamente de la atención, situación desafortunada que llego a

⁹ Sentencia 17733 Consejo de Estado agosto 19 de 2009 Enrique Gil Botero.

¹⁰ SANTOS BALLESTEROS, Jorge. La responsabilidad civil de los médicos y de los establecimientos clínicos. Revista Universitas, N° 70, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, mayo de 1986.



sufrir la paciente, pero que no era posible evitar en las circunstancias que se describe para el personal de salud de cualquier institución médica.

Por lo que la sola circunstancia de tiempo, modo y lugar en que pudo tener lugar el percance lamentable en que resultó lesionada la paciente no puede constituir per se una responsabilidad institucional, ya que está en ningún momento ha hecho depender el resultado, de una conducta suya sino como un hecho ajeno o extraño como es la culpa exclusiva de la víctima conjugado con el del familiar a cargo. Materia sobre la cual la jurisprudencia y la doctrina ampliamente han definido la Causa extraña y la culpa exclusiva de la víctima en particular. Tema que incluso es morigerado cuando no siendo exclusiva la culpa de la víctima, concurre la culpa de la víctima con cooperación en el resultado.

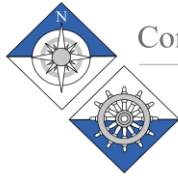
II. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA

Frente a la inconformidad de la atención institucional que formula la parte actora debemos hacer franca oposición por cuanto la argumentación no encuentra respaldo probatorio ni jurídico para que prosperen las pretensiones de la parte actora. Pues como se podrá establecer el proceder del equipo médico y auxiliar fue de conformidad con la diligencia y cuidado recomendado, en tratándose la actividad médica de una actividad de medio y no de resultado como amplia y reiteradamente ha sido reconocida tanto por la jurisprudencia¹¹ como por la doctrina.

- 1. EL EQUIPO MEDICO DISPUESTO PARA LA ATENCION DE LA PACIENTE NO INCURRIO EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL, SU ACTUACION SE CUMPLIO CON LA DILIGENCIA Y CUIDADO ESPERADA. CONSEQUENTEMENTE PROPONGO COMO EXCEPCION LA INEXISTENCIA DE RELACION DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL Y LOS ACTOS DEL PERSONAL MEDICO Y AUXILIAR Y EL RESULTADO DESAFORTUNADO QUE PUEDA HABER AFECTADO A LA PACIENTE.**

Siendo la ciencia médica, una ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos

¹¹Sentencia de Enero 30 de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez.



ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.¹²

En efecto el resultado insatisfactorio que evidencia la paciente aun con el tratamiento indicado, constituyo para el equipo medico un fenómeno de irresistibilidad dentro del campo de la practica médica, el efecto dañoso se torno en inevitable, pese a haberse adoptado las medidas conducentes tendientes a disminuir cualquier riesgo sobreviniente.

Tratando de entender el alcance del sustento demandatorio observo que el actor pretende edificar una culpa y una consecuencia indemnizatoria sin importar su origen, esquema jurídico propio de las responsabilidades objetivas dentro del marco de las actividades peligrosas, circunstancia que no puede ser de recibo en el presente caso, máxime que la actividad médica constituye un concepto tridimensional que entremezcla la técnica, la ética y el derecho.

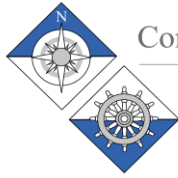
No es suficiente que se de una causalidad material, debe verificarse una causalidad jurídica para verificar la responsabilidad civil. El equipo médico como en este caso por antonomasia procuraba preservar o como en otros casos salvar la vida de su paciente (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física mental y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar al paciente.

El objeto de la obligación se desarrolló dentro de los lineamientos aceptados y recomendados. El paciente fue atendido a lo largo de su compromiso por el equipo calificado y de forma diligente y oportuna, la labor del equipo de la salud se desarrolló dentro de lineamientos esperados.

2. CASO FORTUITO

En el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta medica e institucional y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por la configuración del caso fortuito, circunstancia esta que se define, como aquella que no ha podido preverse, o que siendo prevista no haya podido evitarse, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye lo insuperable.

¹² González Moran, La responsabilidad civil del medico Pág. 96



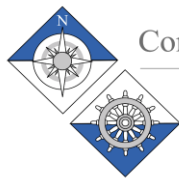
Consecuentemente la falta de éxito el agravamiento del estado del paciente, la aparición de complicaciones o preexistencias, en la medida que no obedecen a la gestión culposa del equipo medico, y que en cambio son atribuibles a las limitaciones propias de la ciencia medica frente a la etiología y solución anticipada, constituye contingencias puramente aleatorias del curso de la patología o enfermedad, que le son absolutamente irreprochables frente al actuar medico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas, se produjeran indeseadas derivaciones, no será responsable el medico tratante en la medida que concurra en la especie las imprescindibles notas de imprevisibilidad o inevitabilidad que caracteriza todo casus. Que como en el caso en estudio, el trauma intervenido y la complicación derivada supero todo manejo medico implementado constituyendo así un riesgo inherente que corresponde a circunstancias inevitables dentro del manejo medico procurado y de acuerdo al estado de la ciencia. Como lo señala el tratadista Mosset Iturraspe "el organismo humano puede tener reacciones, alteraciones, vicisitudes en una palabra que pueden ser calificados como "*casus*", verdaderos fortuitos, hechos que escapan al conocimiento científico aquilatado, verdaderos imponderables" será así una circunstancia de inocuidad del acto medico con la consecuente ausencia de culpa.

Si concluimos que no existe causalidad jurídica entre el trauma, la complicación y la atención médica, debemos entonces orientar nuestra atención a identificar que dichos factores de atribución corresponden a la patología de base que presentaba el paciente. Carácter mediato, como riesgo inherente, intrínseco y propio ó particular del paciente, que no podría ser superado pese a las medidas adoptadas por el equipo Profesional Médico en la instancia que fuera atendido. Estando libre por lo tanto de toda responsabilidad no solo el médico tratante sino la institución hospitalaria como lo hemos venido advirtiendo y evidenciando en este escrito, y verificable a través del proceso.

III. CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*¹³, ya

¹³ Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004
"es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, esta referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución



que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implemento como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente.

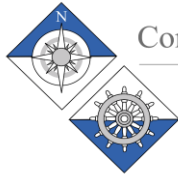
Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar mas polémica en materia de la responsabilidad medica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancias, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el medico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte¹⁴ que *"el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado"*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llego a afirmar a mediados del siglo pasado¹⁵ se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del medico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejerce la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre

hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad." pag. 45

¹⁴ Sentencia de Casación exped. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

¹⁵ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad medica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.



obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expreso *“tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del medico es de medios, poco importa que el acto medico sea en si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención medica impide imponerle al medico una obligación de resultado”*.¹⁶ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la victima, pero esta protección no puede ir mas allá de los limites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

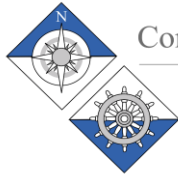
Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al medico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al medico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de *responsabilidad objetiva*. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

B. SUBSIDIARIA

I.COMPENSACIÓN DE CULPAS

Existen, como se sabe, circunstancias que amortiguan la responsabilidad del agente por la culpa extracontractual, cual acontece con el fenómeno denominado concurrencia de culpas o culpa

¹⁶ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



concurrente, evento contemplado por el artículo 2357 del Código Civil cuando estatuye que "la apreciación del daño está sujeta a la reducción, si el que lo ha sufrido se expuso a él imprudentemente", figura entonces que por definición presupone que a la producción del perjuicio hayan concurrido tanto el hecho imputable al demandado, como el hecho imprudente de la víctima.

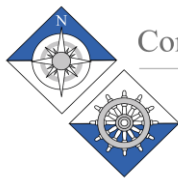
Así lo ha entendido la Corte al expresar que para que opere la compensación de culpas de que trata el artículo 2357 del Código Civil no basta que la víctima se coloque en posibilidad de concurrir con su actividad a la producción del perjuicio cuyo resarcimiento se persigue, sino que se demuestre que la víctima efectivamente contribuyó con su comportamiento a la producción del daño.

La jurisprudencia no ha tomado en cuenta, como causa jurídica del daño, sino la actividad que, entre las concurrentes, ha desempeñado un papel preponderante y trascendente en la realización del perjuicio. De lo cual resulta que si, aunque culposo, el hecho de determinado agente fue inocuo para la producción del accidente dañoso, el que no habría ocurrido si no hubiese intervenido el acto imprudente de otro, no se configura el fenómeno de la concurrencia de culpas, que para los efectos de la gradación cuantitativa de la indemnización consagra el artículo 2357 del Código Civil. En la hipótesis indicada sólo es responsable, por tanto, la parte que, en últimas, tuvo oportunidad de evitar el daño y sin embargo no lo hizo" (CLII, 109. - Cas. 17 de abril de 1991).

La aplicación de las disposiciones atinentes a la denominada compensación de culpas presupone, no simplemente de una actitud imprudente de la víctima, abstractamente considerada, sino también de la existencia de un nexo causal entre ese específico proceder y el daño, por tanto, los demandados no pueden ser obligados a resarcir íntegramente el daño sufrido por la víctima, ya que el demandante de haber acatado el cuidado debido habría tenido la oportunidad de evitar el daño.

II. SOLICITUD EXAGERADA DE PRETENSIONES

La parte actora dentro de los diversos rubros de carácter indemnizatorio que solicita, señala el daño moral, sin embargo el rubro tasado en ningún momento corresponde a los criterios



jurisprudenciales que sobre la materia la Corte Suprema de Justicia hasta la fecha ha venido reconociendo. Con relación al soporte de las pretensiones por concepto de perjuicios materiales no constituyen prueba idónea que permita establecer de una parte relación causa efecto con la atención médica. Ahora, como de conformidad con el principio de la necesidad de la prueba (Art. 174 del C. de P. Civil), toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, el reconocimiento judicial de una pretensión que tenga como objeto la indemnización de un perjuicio, supone la demostración de todos y cada uno de los elementos que configuran la tutela jurídica de dicha pretensión, incluyendo, por supuesto, el daño, salvo aquellos eventos de presunción de culpa, de conformidad con la doctrina de la Corte, y la presunción de daños de acuerdo con la ley, como en los casos de los artículos 1599 y 1617 num. 2 del C. Civil¹⁷.

C. LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho en favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

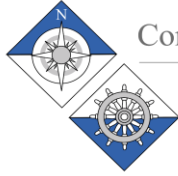
PRUEBAS

Solicito al Señor Juez que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas las siguientes pruebas:

I. DOCUMENTALES

1. El Poder para actuar
2. Certificación de existencia y representación legal.
3. Historia Clínica obrante en el proceso.

II. TESTIMONIALES



1. Dr. **JUAN CARLOS MEZA CARDONA (Medico Internista)** quien puede ser localizado a través de la Dirección de Recursos Humanos de Comfandi
2. Dra. **KATHERINE PEÑA** quien puede ser localizado a través de la Dirección de Recursos Humanos de Comfandi.

Quienes deberán ser citados a fin de que depongan sobre lo que les conste acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la demanda.

III. DICTAMEN DE PARTE 227 C.G. P.

Dado que se hace necesario para verificar los hechos que requieren especiales conocimientos, contar con prueba pericial, requerimos el concurso para ello de un **Par Médico especialista en Administración en Salud**. Sin embargo dado que el termino dispuesto para contestar la demanda resulta insuficiente para aportar el Dictamen, nos permitimos anunciarlo y le solicito al señor Juez conceda un plazo de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 227 C.G.P.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEFENSA

Invoco los artículos 64, 1494, 1603, 1618, del Código Civil, artículos 177 del C.P.C. y demás normas que sean concordantes y aplicables.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante en la que obra en el proceso y yo la recibiré en mi oficina ubicada en la Carrera 3 A Oeste 2- 43 de Santiago de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho. Mail harold.aristizabal@conava.net ; ham.conava@gmail.com
Sinceramente,

HAROLD ARISTIZABAL MARIN
C.C. No. 16.678.028 de Cali
T.P. No. 41.291 del CSJ
RNA: harold.aristizabal@conava.net