

2020-215 Alejandro Carabali vs Nueva EPS contestación Nueva EPS y llamado en garantía. y llamado en garantía

alberto garcia <albertogarciacifuentes@outlook.com>

Lun 7/12/2020 9:26 AM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: direcciongeneral1@clnicasanrafael.com.co <direcciongeneral1@clnicasanrafael.com.co>; redasejur@gmail.com <redasejur@gmail.com>; abcm.notificacionesjudiciales@gmail.com <abcm.notificacionesjudiciales@gmail.com>; Jany Montaña Araújo <janyceleste@hotmail.com>

 7 archivos adjuntos (2 MB)

2020 215 Jdo 7 Civil Circuito contestacion nueva eps 2712.pdf; 2020-215 Carabali vs nueva eps llamado en garantia nueva eps pj 2712.pdf; 2020-215 poder nueva eps.pdf; 2020-215 prueba de autorizaciones nueva eps.pdf; CERTIFICACIÓN san rafael pj 2712.pdf; contrato clinica san rafael 2008-2021.tif; certificado existencia y representacion NUEVA EPS.pdf;

Buenos días

Acompaño el presente con la contestación de Nueva Eps con los siguientes documentos:

1. Escrito de contestación
2. Poder
3. Certificado existencia y representación legal
4. prueba de autorizaciones
5. llamado en garantía
6. prueba contrato llamado en garantía
7. certificación contrato llamado en garantía.

Remití además el presente correo al apoderado demandante y al codemandado. No hay correo de los demandantes.

Cordial saludo

AlbertoGarcíaC

Apoderado Nueva EPS

tel 3004974755

Señores
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DE CIRCUITO
BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

Referencia: Proceso: DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD MEDICA
Demandante: JOSE ALEJANDRO CARABALÍ Y OTROS.
Demandado: NUEVA EPS S.A.
Expediente: 2020-00215
PJ 2712

ADRIANA JIMÉNEZ BÁEZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., identificada como aparece al pie de mi firma, obrando en calidad de Representante Legal de Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A. con NIT 900.156.264 – 2 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C, tal como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por Cámara de Comercio que se anexa con este poder, con el presente escrito confiero poder especial, amplio y suficiente al Doctor ALBERTO GARCÍA CIFUENTES, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá D.C, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.161.380 de Tunja, abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional No. 72.989 del C.S.J., para que en nombre y representación de la Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. - NUEVA EPS S.A., asuma la defensa judicial dentro del proceso de la referencia.

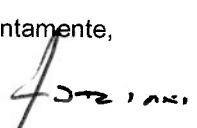
De conformidad con lo previsto en el Decreto 806 de junio 4 de 2020, informo al Despacho que el correo electrónico del apoderado es:

ALBERTO GARCIA CIFUENTES albertogarciacifuentes@outlook.com

Mi apoderado queda facultado para notificarse, interponer recursos, conciliar, transigir, recibir, desistir, sustituir y reasumir el presente poder y general con todas las facultades que la Ley reconoce para actuar a favor de los legítimos intereses de mi representada.

El presente poder se remite a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co, el cual es el registrado en el certificado de existencia y representación legal de la Empresa.

Atentamente,


ADRIANA JIMÉNEZ BÁEZ
C.C. No. 35.514.705 de Bogotá D.C
Representante Legal Suplente

Acepto el poder conferido,


ALBERTO GARCÍA CIFUENTES
C.C No. 7.161.380 de Tunja
T.P No. 72.989 del C.S.J.

Bogotá. Complejo San Cayetano. Carrera 85 K N° 46 A – 66, pisos 2 y 3. Teléfono 4193000

www.nuevaeps.com.co

Nueva EPS, gente cuidando gente





DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN Y RECONOCIMIENTO

NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTÁ

LA NOTARIA 73 DE BOGOTÁ HACE CONSTAR QUE EL PRESENTE DOCUMENTO FUE PRESENTADO PERSONALMENTE POR JIMENEZ BAEZ ADRIANA, QUIEN EXHIBIÓ LA C.C.35514705 Y TARJETA No. **** C.S.J. Y DECLARÓ QUE LA FIRMA Y HUELLA QUE APARECE EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON SUYAS Y QUE EL CONTENIDO DEL MISMO ES CIERTO.

miércoles, 11 de noviembre de 2020
BOGOTÁ D.C.



Adriana

H - B



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS. SE HA EXTENDIDO LA FECHA LIMITE PARA RENOVAR LA MATRÍCULA MERCANTIL HASTA EL 03 DE JULIO DE 2020.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Sigla: NUEVA EPS S.A.
Nit: 900.156.264-2
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 01708546
Fecha de matrícula: 31 de mayo de 2007
Último año renovado: 2019
Fecha de renovación: 28 de marzo de 2019
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cra 85K No. 46A-66 Piso 2 Y 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: tributaria@nuevaeps.com.co
Teléfono comercial 1: 4193000
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cra 85K No. 46A-66 Piso 2 Y 3
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: secretaria.general@nuevaeps.com.co
Teléfono para notificación 1: 4193000
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Agencia: Bogotá (10), Ubaté, Zipaquirá, Fusagasugá.

Por Escritura Pública No. 0000753 del 22 de marzo de 2007 de Notaría 30 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 31 de mayo de 2007, con el No. 01134885 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A..

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 11 de julio de 2008, inscrita el 29 de agosto de 2008 bajo el número 168197 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 15 de la Junta Directiva, del 28 de julio de 2008, inscrita el 21 de octubre de 2008 bajo el número 170780 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Bogotá (regional centro oriente).

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Que mediante Oficio No. 0014 del 11 de enero de 2017, inscrito el 25 de enero de 2017 bajo el No. 00158414 del libro VIII, el Juzgado Noveno Civil del circuito de Oralidad Santiago de Cali-Valle, comunicó que en el proceso verbal responsabilidad civil extracontractual, de: Luz Hermilia Mondragón Sandoval, Fanny Rubiela Mondragón Sandoval Y Leidy Johanna Mondragón Sandoval, contra: NUEVA EPS S.A., y PROVIDA FARMACEUTICA S.A.S., se decretó la inscripción de la demanda civil sobre la sociedad de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 2675 del 08 de noviembre de 2019, inscrito el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

19 de Diciembre de 2019 bajo el No. 00182186 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito en Oralidad de Armenia (Quindío), comunicó que en el proceso ejecutivo No. 630013103003-2018-00280-00 de: ENDODIAGNOSTICOS SAS, Contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. - NUEVA EPS S.A., se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 22 de marzo de 2057.

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá como objeto social la realización de las actividades propias de una entidad promotora de salud y, como tal, podrá, realizar, entre otras, las siguientes actividades: A. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al sistema general de seguridad social en salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al fondo de solidaridad y garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. B. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el sistema. Movilizar los recursos para el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del fondo de solidaridad y garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato. D. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el plan obligatorio de salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las unidades de pago por capitación correspondientes. Con este propósito gestionará y

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

coordinará la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras y con profesionales de la salud; implementará sistemas de control de costos; informará y educará a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerá procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud. E. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia. F. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al plan obligatorio de salud. En desarrollo de su objeto social la sociedad podrá: (1) Abrir sucursales, agencias o establecimientos de comercio dentro y fuera del país. (2) Participar con personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, de derecho público o privado, en Colombia y en el exterior en la constitución de sociedades, asociaciones, corporaciones o fundaciones que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para desarrollo del objeto social de la sociedad. (3) Adquirir participaciones sociales o derechos en sociedades, asociaciones, corporaciones ya existentes, o formar parte de fundaciones previamente constituidas, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social de la sociedad. (4) Enajenar participaciones sociales o derechos en personas jurídicas en las que tenga participación. (5) Ser accionista de sociedades por acciones simplificadas, desde su constitución o con posterioridad, que tengan un objeto igual, similar, conexo, complementario, necesario o útil para el desarrollo del objeto social de la sociedad; conformar o asumir cualquier forma asociativa o de colaboración empresarial con personas naturales o jurídicas para adelantar, actividades relacionadas con el objeto social, así como las conexas o complementarias. (6) Adquirir, enajenar, gravar, administrar, recibir o dar en arrendamiento o a cualquier, otro título toda clase de bienes muebles o inmuebles, corporales o incorporeales. (7) Celebrar con establecimientos de crédito, entidades financieras; con compañías aseguradoras y con otras entidades nacionales sometidas a vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, o extranjeras sujetas a supervisión estatal análoga en su respectivo domicilio, toda clase de operaciones propias de su objeto, dando o recibiendo las garantías del caso, cuando haya lugar a ellas. (8) Girar, aceptar, endosar, asegurar, cobrar y negociar títulos valores y cualquier otra clase de créditos. (9) Transigir, desistir y apelar las decisiones de jueces, árbitros o de amigables componedores en las cuestiones en que tenga

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

interés. (10) Participar en licitaciones públicas, privadas, concursos e invitaciones cuyo objeto sea contratar bienes o servicios relacionados con su objeto social. (11) Importar y distribuir con destino exclusivo a los afiliados de la NUEVA EPS, medicamentos huérfanos, vitales no disponibles o de producción exclusiva que no se comercializan en el mercado colombiano. (12) Celebrar, en Colombia o en el exterior, toda clase de acuerdos, convenios, contratos y negocios jurídicos típicos o atípicos, en tanto correspondan o tengan relación con el desarrollo del objeto social o las funciones que le fueron asignadas a la sociedad, o con el desarrollo de operaciones subsidiarias o complementarias de aquellas, y en general, todos los actos y contratos preparatorios, complementarios, accesorios o que se deriven de todos los anteriores, los que se relacionan con la existencia, defensa y funcionamiento de la sociedad.

CAPITAL*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor : \$345.000.000.000,00
No. de acciones : 15.000.000,00
Valor nominal : \$23.000,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor : \$295.059.709.000,00
No. de acciones : 12.828.683,00
Valor nominal : \$23.000,00

*** CAPITAL PAGADO ***

Valor : \$295.059.709.000,00
No. de acciones : 12.828.683,00
Valor nominal : \$23.000,00

REPRESENTACIÓN LEGAL

La representación legal de la sociedad corresponde al presidente elegido por la Junta Directiva, por periodos de un año. Serán suplentes del representante legal el secretario general y jurídico y

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

dos vicepresidentes, elegidos por la junta directiva, quien podrá removerlos en cualquier tiempo. Tendrán la representación legal los gerentes de las regionales, quienes la podrán ejercer, dentro de su respectiva regional, y en las oficinas zonales o agencias que pertenezcan a su regional con las restricciones que la Junta Directiva reglamentara para tal efecto.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Son funciones del representante legal de la sociedad: (A) Asistir a las reuniones de la Asamblea General de accionistas ordinarias y extraordinarias, con voz pero sin voto; (B) Representar legalmente a la sociedad; (C) Celebrar y ejecutar todo acto o contrato que requiera la sociedad y ser el ordenador del gasto de los recursos relacionados con ellos, cuya cuantía no exceda cinco mil salarios mínimos mensuales legales vigentes (5.000 SMMLV) por contrato. Cuando exceda en este momento se requerirá la autorización previa de la Junta Directiva, se exceptúan todos aquellos cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, las inversiones financieras temporales y la compra de medicamentos, aspectos para, los cuales el presidente no tendrá límite de cuantía, pero si la obligación de informarlos a la junta directiva, una vez celebrados; (D) Cumplir y hacer que se cumplan las disposiciones legales, estatutarias y reglamentarias; (E) Manejar los haberes sociales y negocios de la empresa en el ámbito de su competencia; (F) Consultar con la junta directiva los asuntos que considere necesario o conveniente, sin perjuicio de la responsabilidad que a él le compete; (G) Contratar y remover los trabajadores de la sociedad que sean de su competencia; (H) Presentar a la junta directiva para su examen y autorización los estados financieros; (i) Presentar a la junta directiva un informe mensual de sus actividades; (J) Convocar a la asamblea general de accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias; (K) Presentar a la asamblea general de accionistas para su aprobación o improbación los estados financieros de cada ejercicio, previo examen y autorización de la junta directiva y (L) Desempeñar las demás funciones que conforme a la ley y a los presentes estatutos le correspondan.

NOMBRAMIENTOS**REPRESENTANTES LEGALES**

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Mediante Acta No. 31 del 30 de octubre de 2009, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 19 de noviembre de 2009 con el No. 01341688 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Presidente	Cardona Uribe Jose Fernando	C.C. No. 000000079267821

Mediante Acta No. 117 del 14 de abril de 2015, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de mayo de 2015 con el No. 01936089 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Suplente Del Presidente	Isaza Correa Juan Carlos	C.C. No. 000000079406809

Mediante Acta No. 160 del 25 de julio de 2018, de Junta Directiva, inscrita en esta Cámara de Comercio el 1 de agosto de 2018 con el No. 02362566 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Secretario General Y Juridico	Jimenez Baez Adriana	C.C. No. 000000035514705
Vicepresidente De Salud	Vallejo Guerrero Danilo Alejandro	C.C. No. 000000019374852

ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**JUNTA DIRECTIVA****PRINCIPALES**

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Vargas Lleras Enrique	C.C. No. 000000000193431
Segundo Renglon	Estrada Nieto Carlos	C.C. No. 000000003295716

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Tercer Renglon	Hugo Gnecco Iglesias	C.C. No. 000000017063701
	Nelson Rafael	
Cuarto Renglon	Urrutia Jalilie Faruk	C.C. No. 000000079690804
Quinto Renglon	Muñoz Calderon	C.C. No. 000000039792606
	Beatriz Emilia	

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	SIN ACEPTACION-SIN IDENTIFICACION	*****
Segundo Renglon	Villegas De Osorio	C.C. No. 000000038961908
	Maria Stella	
Tercer Renglon	Rodriguez Ardila	C.C. No. 000000019189652
	Nestor Ricardo	
Cuarto Renglon	Velez Millan Alvaro	C.C. No. 000000006357600
	Hernan	
Quinto Renglon	Jimenez Rodriguez	C.C. No. 000000003002262
	Cicero Fernando	

Mediante Acta No. 26 del 22 de marzo de 2019, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 7 de mayo de 2019 con el No. 02462957 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Vargas Lleras Enrique	C.C. No. 000000000193431
Segundo Renglon	Estrada Nieto Carlos	C.C. No. 000000003295716
	Hugo	
Tercer Renglon	Gnecco Iglesias	C.C. No. 000000017063701
	Nelson Rafael	
Cuarto Renglon	Urrutia Jalilie Faruk	C.C. No. 000000079690804
Quinto Renglon	Muñoz Calderon	C.C. No. 000000039792606
	Beatriz Emilia	

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Cuarto Renglon	Velez Millan Alvaro Hernan	C.C. No. 000000006357600

Mediante Acta No. 27 del 20 de enero de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 24 de enero de 2020 con el No. 02545559 del Libro IX, se designó a:

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	SIN ACEPTACION-SIN IDENTIFICACION	*****
Segundo Renglon	Villegas De Osorio Maria Stella	C.C. No. 000000038961908
Tercer Renglon	Rodriguez Ardila Nestor Ricardo	C.C. No. 000000019189652
Quinto Renglon	Jimenez Rodriguez Ciceron Fernando	C.C. No. 000000003002262

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 6 del 18 de septiembre de 2009, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de agosto de 2010 con el No. 01406723 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	KPMG S.A.S.	N.I.T. No. 000008600008464

Mediante Documento Privado No. SIN NUM del 27 de noviembre de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 28 de noviembre de 2018 con el No. 02399177 del Libro IX, se designó a:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Gonzalez Sarmiento Gleidson Macgyver	C.C. No. 000001032357119 T.P. No. 159072-T

Mediante Documento Privado No. sin num del 28 de febrero de 2020, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 3 de marzo de 2020 con el No. 02559838 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Castellanos Quiros Diana Carolina	C.C. No. 000001018409310 T.P. No. 244673-T

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0000051 del 15 de enero de 2008 de la Notaría 30 de Bogotá D.C.	01184257 del 17 de enero de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0001091 del 29 de abril de 2008 de la Notaría 25 de Bogotá D.C.	01210787 del 2 de mayo de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0001018 del 23 de junio de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01223911 del 25 de junio de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0001436 del 22 de agosto de 2008 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01238351 del 28 de agosto de 2008 del Libro IX
E. P. No. 513 del 31 de marzo de 2009 de la Notaría 46 de Bogotá D.C.	01287413 del 2 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 263 del 25 de febrero de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01369559 del 18 de marzo de 2010 del Libro IX
E. P. No. 00555 del 22 de abril de 2010 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01378109 del 23 de abril de 2010 del Libro IX
E. P. No. 187 del 22 de enero de	01706926 del 18 de febrero de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

2013 de la Notaría 73 de Bogotá D.C.	2013 del Libro IX
E. P. No. 1224 del 26 de junio de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	02014604 del 28 de agosto de 2015 del Libro IX
E. P. No. 02208 del 13 de noviembre de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	02040589 del 30 de noviembre de 2015 del Libro IX
E. P. No. 3145 del 4 de noviembre de 2016 de la Notaría 69 de Bogotá D.C.	02159274 del 22 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2473 del 18 de septiembre de 2017 de la Notaría 69 de Bogotá D.C.	02260842 del 20 de septiembre de 2017 del Libro IX

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 8430
Actividad secundaria Código CIIU: 6521
Otras actividades Código CIIU: 8699

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA
EPS S A REGIONAL BOGOTA
Matrícula No.: 01831691
Fecha de matrícula: 28 de agosto de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Sucursal
Dirección: Cr 85 K 46 A 66 Lc 28 P 2
Municipio: Bogotá D.C.

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169945 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. OECCB-OF-2019-01678 del 18 de marzo de 2019, inscrito el 21 de Marzo de 2019 bajo el registro No. 00174739 del libro VIII, el Juzgado 2 Civil del Circuito de Ejecución de Sentencias de Bucaramanga (Santander), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Singular No. 68001.31.03.003.2014.00154.01, de: UNIDAD CLÍNICA LA MAGDALENA S.A.S. acumulada con MEDICUC I.P.S. acumulada con CLÍNICA ALTOS DE SAN VICENTE, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178985 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 2764 del 25 de noviembre de 2019, inscrito el 3 de Diciembre de 2019 bajo el registro No. 00181881 del libro VIII, el Juzgado 5 Civil del Circuito de Oralidad de Medellín (Antioquia), comunicó que en el proceso ejecutivo No. 05001 31 03 005 2018 00592 00, de: Camilo Jose Borrero Abello CC.17.157.964, contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182672 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184065 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A.
Matrícula No.: 01833016
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 4 # 6 - 41 Lc 101
Municipio: Ubaté (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169946 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y la NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178986 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182673 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184074 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833021
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 10 13 46
Municipio: Chía (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el Registro No. 00169947 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES Y LA NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178987 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182674 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184075 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A,
Matrícula No.: 01833033
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 8 # 16 11
Municipio: Zipaquirá (Cundinamarca)

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169948 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunicó que en el Proceso Ejecutivo Verbal No. 66001310300320150047700, de: José Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Mónica Sofía Guevara Mejía y María Inés Herrera Ramírez contra: LA FUNDACIÓN CLÍNICA CARDIOVASCULAR DEL NIÑO DE RISARALDA, CLÍNICA LOS ROSALES y NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0126 del 28 de febrero de 2019, inscrito el 8 de Agosto de 2019 bajo el registro No. 00178988 del Libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Valledupar (Cesar), comunicó que en el Proceso Verbal Declarativo de Mayor Cuantía No. 2015-0334, de: Yonaide Campo Rodríguez, contra: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de la medida \$752.828.052.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182675 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que mediante Oficio No. 0515-20 del 10 de marzo de 2020, inscrito el 19 de Marzo de 2020 bajo el registro No. 00184076 del libro VIII, el Juzgado 40 Civil del Circuito de Bogotá D.C., comunicó que en el proceso ejecutivo No. 2019-00469, de: DISTRIBUCIONES MEDIFE SAS, contra: NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A'
Matrícula No.: 01833043
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Tv 12 18 B 108
Municipio: Fusagasugá (Cundinamarca)

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169949 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182677 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833047
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Av Americas 67 A 28 Lc 6 Cc Spring Plaza
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169950 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182676 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833054
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Tv 96 51 98
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169951 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182678 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
	SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.:	01833057
Fecha de matrícula:	2 de septiembre de 2008
Último año renovado:	2020
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cr 30 12 99
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169952 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182679 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A-
Matrícula No.: 01833059
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Cl 13 5 41 Lc 15 16 Cc Santa Maria
Municipio: Soacha (Cundinamarca)

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169953 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182680 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833061
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Dirección: Cl 65 Sur # 78 G 20 Lc 305 - 306
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169954 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182681 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta Ese de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833064
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Av Caracas 47 39 Lc 101 Ed Almedar 48
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169955 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

referencia.**CERTIFICA:**

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182682 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833065
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Av Suba 127 D 81
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169956 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Certifica:

que mediante oficio no. 1792 del 11 de diciembre de 2018 inscrito el 21 de diciembre de 2018 bajo el numero 00172712, del libro viii, el juzgado 1 civil municipal de santa marta (magdalena), comunico que en el proceso ejecutivo de menor cuantía no. 47001400300120170061100 de: unidad de atención de pacientes en estado critico cuidado critico S.A.S, contra: nueva eps se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Limite de la medida: \$125.252.635

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182683 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S A
SIGLA NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01833066
Fecha de matrícula: 2 de septiembre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Cr 85 K # 46 A 66 P 2
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169957 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182684 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA
EPS S A REGIONAL CENTRO ORIENTE
Matrícula No.: 01846503
Fecha de matrícula: 21 de octubre de 2008
Último año renovado: 2020
Categoría: Sucursal

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Dirección: Cr 85 K 46 A 66 P 2
Municipio: Bogotá D.C.

Que mediante Oficio No. 0471 del 17 de marzo de 2017 inscrito el 28 de marzo de 2017 bajo el No. 00159579 del libro VIII, el Juzgado 2 Laboral del Circuito de Pereira - Risaralda comunico que en el proceso ejecutivo laboral No. 66001310500220130017600 de Larry Domny Molina Cabezas y otros contra, LA NUEVA EPS SA y otros se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro No. 00169958 del libro VIII, el Juzgado 3 Civil del Circuito de Pereira (Risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal No. 66001310300320150047700, de: Jose Edier Ballesteros Herrera en nombre propio y en representación de los menores Simón e Isabella Ballesteros Heredia, Monica Sofia Guevara Mejia y Maria Ines Herrera Ramirez contra: La Fundación Clínica Cardiovascular del Niño de Risaralda, Clínica Los Rosales y LA NUEVA EPS, se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 21 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182685 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre: NUEVA EPS S A
Matrícula No.: 01861767
Fecha de matrícula: 20 de enero de 2009
Último año renovado: 2020
Categoría: Agencia
Dirección: Ak 45 Aut Norte # 120 61 -65
Municipio: Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 00169959 bajo el registro no. 00169959 del libro viii, el juzgado 3 civil del circuito de pereira (risaralda), comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera en nombre propio y en representación de los

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

menores simón e isabella ballesteros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia.

Certifica:

que mediante oficio no. 1792 del 11 de diciembre de 2018 inscrito el 21 de diciembre de 2018 bajo el numero 00172713, del libro viii, el juzgado 1 civil municipal de santa marta (magdalena), comunico que en el proceso ejecutivo de menor cuantía no. 47001400300120170061100 de: unidad de atención de pacientes en estado critico cuidado critico S.A.S, contra: nueva eps se decreto el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Limite de la medida: \$125.252.635

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 20 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182651 del libro VIII, el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

Nombre:	NUEVA EPS SA
Matrícula No.:	01861781
Fecha de matrícula:	20 de enero de 2009
Último año renovado:	2020
Categoría:	Agencia
Dirección:	Cl 16 Sur 24 27
Municipio:	Bogotá D.C.

que mediante oficio no. 1077 del 28 de junio de 2018, inscrito el 26 de julio de 2018 bajo el registro no. 00169924 del libro viii, el juzgado tercero civil del circuito de pereira, comunico que en el proceso ejecutivo verbal no. 66001310300320150047700, de: jose edier ballesteros herrera, en nombre propio y en representación de los menores simón e isabella ballestros heredia, monica sofia guevara mejia y maria ines herrera ramirez contra: la fundación clínica cardiovascular del niño de risaralda, clínica los rosales y la nueva eps, se decreto el embargo del establecimiento de la agencia de la referencia.

CERTIFICA:

Que mediante Oficio No. 0079 del 02 de septiembre de 2019, inscrito el 20 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00182652 del libro VIII,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

el Hospital Federico Lleras Acosta ESE de Ibagué (Tolima), comunicó que en el proceso de cobro coactivo administrativo ejecutivo, contra: NUEVA EPS S.A., se decretó el embargo del establecimiento de comercio de la referencia. Límite de medida \$5.000.000.000.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 1 de noviembre de 2007.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 17 de marzo de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 16 de abril de 2020 Hora: 10:07:17**

Recibo No. AA20327408

Valor: \$ 6,100

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN A2032740844E68

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



**LA SUSCRITA DIRECTORA JURÍDICA DE CONTRATACIÓN
DE LA SECRETARÍA GENERAL Y JURÍDICA
DE NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.-NUEVA EPS S.A.**

Consultada la Base de Contratos Asistenciales y, con el propósito de atender la solicitud que elevara la Dirección Jurídica de Defensa Judicial de NUEVA EPS,

CERTIFICA QUE:

El **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, identificado con el Nit. 860.015.888-9, tiene suscrito con esta EPS el contrato que se detalla:

Periodo Certificado:	Año 2015
Tipo de Contrato:	Contrato de Prestación de Servicios Asistenciales para el Régimen Contributivo en la Modalidad Evento
Número de Contrato:	N/A
Fecha de Suscripción:	24 de julio 2008
Plazo de Ejecución:	Doce (12) meses con prórroga automática
Estado Actual	Vigente hasta el 23 de julio de 2021

Se expide el dieciocho (18) de noviembre de dos mil veinte (2020).


CONNIE MATIZ MERCHÁN

Elaboro: JECS-SGJ
Antecedente: CORREO 12/11/2020
PJ-2712

CODIGO: SGJ-11085-2020
Bogotá D.C., 27 de noviembre 2020

MEMORANDO

PARA: SECRETARIA GENERAL Y JURÍDICA

DE: **YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA**
Director de Acceso a Servicios de Salud

ASUNTO: **ALCANCE PJ-2712 Antes C-108-2016**

DATOS DEL AFILIADO: **SALOME CARABALI LASSO C.C. 1.033.786.951**

Cordial Saludo

Remitir concepto actualizado, donde se determine que no existieron barreras de atención a la menor y se dieron las autorizaciones solicitadas en forma oportuna.

R/

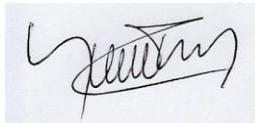
Según revisión del Aplicativo Cliente Servidor – Módulo Salud – Nueva EPS, se evidencia un total de 19 radicaciones de solicitud de autorizaciones desde el 24 de octubre de 2014 al 24 de agosto de 2015, las cuales fueron autorizadas el mismo día de la solicitud de acuerdo al servicio requerido por el paciente, cumpliendo de esta manera con los términos de oportunidad en la respuesta establecidos.

Ver anexo 1. Aplicativo Cliente Servidor – Módulo Salud – Nueva EPS

En caso de requerir ampliación respecto al manejo interno en la IPS o respecto al manejo intrahospitalario, se sugiere apoyarse en el área de auditoría médica.

Para la verificación de la prestación efectiva de los servicios se sugiere apoyarse con la Gerencia de Prestación de Servicios y/o Regional a la que pertenece el afiliado.

Cordialmente,



YASSER FAROUTH CAMACHO MEJIA
Director de Acceso a Servicios de Salud

Copia: Ninguna
Proyectó: Martha Lara

Señor
JUEZ SEPTIMO CIVIL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Referencia: Proceso VERBAL
Demandante: JOSE ALEJANDRO CARABALI Y OTROS
Demandado: NUEVA EPS S.A. y otros
Expediente: 2020-215
PJ 2712

***** LLAMAMIENTO EN GARANTIA*****

ALBERTO GARCÍA CIFUENTES, identificado civil y profesionalmente con la Cédula de Ciudadanía No. 7.161.380 de Tunja y la Tarjeta Profesional de Abogado No. 72.989 del C.S de la J., obrando en mi condición de Apoderado de **Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A.** con NIT 900.156.264-2, por medio del presente escrito y estando dentro del término legal de conformidad con lo establecido en el artículo 64 del C.G.P. y ss., me permito formular LLAMAMIENTO EN GARANTÍA a HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL de acuerdo a los siguientes :

HECHOS

La entidad que represento **Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A.** con NIT 900.156.264-2, fue notificada de la demanda de la referencia, por una presunta falla en el servicio médico prestado por la institución HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL a una usuaria.

La entidad que represento **Nueva Empresa Promotora de Salud - NUEVA EPS S.A.** con NIT 900.156.264-2, suscribió contrato con el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL de la ciudad de Bogotá, como INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD, el cual para el momento de los hechos estaba vigente.

PARTES

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, Nit. 860.015.888-9 representado legalmente por hermano JUAN CARLOS TOVAR, ubicado en la Cl. 17 Sur #Carrera 8, Bogotá, Cundinamarca en su condición de llamado en garantía.

NUEVA EPS S.A. NIT 900.156.264-2, representada por su presidente JOSE FERNANDO CARDONA. Ubicado en la Cra 85K 46ª-66 piso 2 y 3 en su condición de llamante en garantía.

PRETENSION

Se solicita que en el REMOTO EVENTO de ser condenada la entidad que represento NUEVA EPS S.A. a pagar cualquier suma de dinero de orden indemnizatorio en el presente proceso, se ordene a su vez al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL a realizar dicho pago.

FUNDAMENTOS JURIDICOS

Conforme a las condiciones dadas en el contrato suscrito por mi representada con la entidad HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, en el artículo décimo sexto del contrato, la IPS mantendrá indemne a Nueva EPS de toda reclamación, demanda sanción que contra este se llegare a presentar de forma directa o indirecta con ocasión de los servicios médicos prestados por la Clínica a los afiliados a Nueva EPS.

De conformidad con lo previsto en el artículo 64 del C.G.P. quien tenga derechos derivados de una acción contractual, para exigir de un tercero un reembolso del pago de perjuicios que tuviere que hacer como resultado de una sentencia, podrá citar al proceso a aquel, para que en el mismo proceso se resuelva sobre su relación, en el caso concreto se hace llamado al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, como efecto de las obligaciones contractuales frente a NUEVA EPS S.A.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Arts. 64, 65 y 66 del C.G.P. y demás normas concordantes.

CUANTIA

Corresponde a la cuantía determinada en la demanda principal

PRUEBAS DOCUMENTALES.

1. Copia simple del contrato suscrito entre la NUEVA EPS SA y el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

NOTIFICACIONES

Las partes podrán ser notificadas en las direcciones aportadas en la demanda

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, **en la** Cl. 17 Sur
#Carrera 8, Bogotá, Cundinamarca, correo electrónico
direcciongeneral1@clnicasanrafael.com.co.

NUEVA EPS S.A. NIT 900.156.264-2, en la Cra 85K 46ª-66 piso 2 y 3
correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

EL suscrito en la Secretaría de su Honorable Despacho o en la Carrera
12 No. 71-53 oficina 103 de la ciudad de Bogotá o al correo
electrónico inscrito en el registro nacional de abogados
albertogarciacifuentes@outlook.com.

Con toda atención,



ALBERTO GARCIA CIFUENTES

C.C. No. 7.161.380 de Tunja

T.P. No. 72.989 del C.S. de la J.

Teléfono Celular 3004974755

270

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

**CONTRATANTE: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A.
"NUEVA EPS S.A."**

NIT: 900156264-2

CONTRATISTA: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

NIT: 860015888-9

FECHA DE INICIO:

1 de Agosto de 2008

FECHA DE TERMINACIÓN:

31 de Julio de 2009

NUMERO DEL CONTRATO:

860015888 ✓

IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES.- CONTRATANTE: HECTOR JOSE CADENA CLAVIJO, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.258.984 expedida en Bogotá, obrando en calidad de Representante Legal de **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. "NUEVA EPS S.A."** Empresa Promotora de Salud legalmente constituida según los términos de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, debidamente autorizada para funcionar mediante Resolución No.371 de 03 de abril de 2008 de la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, identificada con el Nit. 900156264-2, quien para los efectos del presente contrato se llamará en adelante **Nueva EPS S.A.** **CONTRATISTA: Hermano. JUAN CARLOS TOVAR**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No.79.434.009, expedida en Bogotá obrando en calidad de Representante Legal de **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, Institución de Utilidad Común sin ánimo de lucro del sector privado, con domicilio en Bogotá, con Número de identificación tributaria **860015888-9** entidad de carácter PRIVADO, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá. A quien se le denominará simplemente **LA IPS**. Las partes arriba identificadas han acordado celebrar un contrato de prestación de servicios de salud que se regirá por las cláusulas que se mencionan a continuación, previas las siguientes **CONSIDERACIONES.-** 1) La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, modificada por la Ley 1122 de 2007, el cual tiene por objeto la organización de la Prestación de los Servicios del Plan Obligatorio de Salud - POS directamente o indirectamente a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS y de los Profesionales de la Salud, que se encuentren habilitados para prestar los servicios de salud en el respectivo nivel de complejidad. 2) **NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. NUEVA EPS S.A.** se

LRP

JL

LMH

271

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

encuentra autorizada por la Superintendencia Nacional de Salud para funcionar como Entidad Promotora de Salud – EPS autorización que le fue otorgada mediante la Resolución 371 del 3 de abril de 2008, y se encuentra constituida mediante escritura pública No. 0753 del 22 de marzo de 2.007, otorgada en la Notaria Treinta de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad todo lo cual se demuestra con el certificado de existencia y representación expedido por la Cámara de Comercio antes citada, 3) Nueva EPS S.A. dentro del proceso precontractual dio a conocer la información general de la población objeto del presente contrato, así como el modelo de atención, la organización de la red de servicios que tiene dispuesta para sus afiliados dando a conocer los mecanismos y medios de difusión que tiene establecidos para mantener informados a sus afiliados, prestadores y proveedores. 4) Nueva EPS S.A. acredita el cumplimiento a lo previsto por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 5) Nueva EPS S.A. tiene documentado el proceso de referencia y contrarreferencia para la correcta ejecución del contrato frente a la operación de toda su red de prestadores. 6) La IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, es una institución prestadora de servicios de salud que acredita los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Tiene vigente el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la Entidad Departamental y Distrital de Salud correspondiente y acredita el Certificado de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación emitido por la entidad territorial. 7) La IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, acredita la suficiencia para prestar los servicios que hacen parte del presente contrato conforme su capacidad instalada y las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población objeto de amparo por el presente contrato. 8) La IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL,, ha presentado un modelo de atención para la prestación de los servicios objeto del contrato acorde con el alcance del contrato, y cumple con los parámetros de calidad establecidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. **CLAUSULAS.- PRIMERA. OBJETO.-** Prestar a los afiliados de Nueva EPS S.A., los servicios médico asistenciales que hacen parte de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud – POS conforme los contenidos del Manual de Actividades, Procedimiento e Intervenciones del POS (MAPIPOS), de los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y del Manual de

272

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

Medicamentos y Terapéutica del Consejo Nacional de Seguridad Social, y que están relacionados en el **Anexo No. 1.- Servicios Cubiertos** del presente contrato. **SEGUNDA. OBLIGACIONES DE LA IPS.-** a) Prestar los servicios contenidos en el presente contrato a través de profesionales en las distintas áreas de la salud, conforme lo señalado en el objeto del presente contrato. b) Brindar los servicios contratados dentro de las prescripciones éticas y legales que rigen su objeto social, en atención a los principios básicos de calidad y eficiencia utilizando para este propósito la tecnología disponible en la entidad. c) Verificar directamente con **Nueva EPS S.A.** el derecho del afiliado que solicite ser atendido, exigiendo su identificación plena con el carne vigente, el documento de identidad y la autorización de servicios emitida por **Nueva EPS S.A.** para el servicio específico. d) Cumplir con lo previsto para las Historias Clínicas en la Ley 23 de 1981, Resolución 1995 de 1999, y demás normas concordantes. Deberá efectuar el registro obligatorio de todo cuanto compete a la atención del servicio de salud. En caso de sistematización de la misma, se debe garantizar su inalterabilidad. Deberá conservar la historia clínica por un periodo mínimo de veinte (20) años, contados a partir de la fecha de la última atención; mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud; y mínimo quince (15) años en el archivo central e) Cumplir permanentemente con las normas sobre el Sistema de Garantía de Calidad y mejoramiento de la calidad y el componente de Auditoria Médica, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1446 de 2006, la Resolución 2680 de 2007 y la Circular única 047 de 2008, y demás normas que las completen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento. f) Cumplir permanentemente con los requisitos de habilitación y acreditación establecido en el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 y demás normas que las completen y adicionen, normas que hacen parte integral del presente contrato y que son de obligatorio cumplimiento. g) Presentar los informes que a continuación se describen dentro de los términos aquí establecidos: 1) Información estadística sobre morbilidad, mortalidad, infecciones nosocomiales y complicaciones (reingresos) la cual debe entregar dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, 2) Indicadores de gestión previstos en la Circular única 047 de 2008 la cual debe entregar dentro de los primeros diez (10) días de cada mes, 3) Información sobre los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), la cual debe entregar dentro de los primeros diez

HPP

H.

MAY 2009

273

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

(10) días de cada mes, 4) Cualquier otro informe que le sea requerido por Nueva EPS S.A. en los tiempos y con los contenidos acordados previamente por las partes. h) Permitir en sus instalaciones la colocación de carteles y material informativo de Nueva EPS S.A. i) Permitir el desarrollo de los procesos de auditoría de calidad de la atención de los servicios, que tiene previsto Nueva EPS S.A. - PAMEC, el cual hace parte integral del presente contrato. j) Presentar las facturas por los servicios prestados con los soportes establecidos en el presente contrato, k) Cumplir con el proceso de autorización de servicios ante Nueva EPS S.A. en los términos que ésta tenga actualmente establecidos; sin perjuicio de las disposiciones que sobre la materia llegue a reglamentar el Ministerio de Protección Social, normas que al momento de ser expedidas quedarán automáticamente integradas al presente contrato, m) LA CLINICA se encargará del cobro y recaudo de los copagos, cuotas moderadoras a nombre de la EPS. Solamente los valores efectivamente recaudados por los anteriores conceptos, serán considerados como parte del pago correspondiente; el cobro que se genere por estos conceptos una vez el paciente se retire de la instalación no será responsabilidad de la IPS, si el paciente no pagare los copagos y cuotas moderadoras, la IPS facturará el 100% de los servicios prestados". La IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL se encargará del cobro y recaudo de los copagos, cuotas moderadoras a nombre de la EPS. Solamente los valores efectivamente recaudados por los anteriores conceptos, serán considerados como parte del pago correspondiente; el cobro que se genere por estos conceptos una vez el paciente se retire de la instalación no será responsabilidad de la IPS, si el paciente no pagare los copagos y cuotas moderadoras, Nueva EPS S.A. facturará el 100% de los servicios prestados". n) Abstenerse de cobrar al afiliado suma adicional alguna por la prestación de los servicios contenidos en el objeto del presente contrato diferentes de los copagos y cuotas moderadoras. **TERCERA. OBLIGACIONES DE NUEVA EPS S.A.** - a) Dar a conocer a La IPS los mecanismos de interventoría, seguimiento y evaluación que tiene dispuestos sobre el cumplimiento de las obligaciones a cargo del prestador, el cual hace parte del presente contrato **Anexo No. 2.- Manual de auditoria de la calidad e Interventoría**, b) Pagar el valor de los servicios médicos en los términos y condiciones previstas en el presente contrato c) Recibir las facturas presentadas por La IPS siempre y cuando reúnan los requisitos de ley y los demás establecidos en el presente contrato. d) Asumir en

91.

LUK

274

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

forma total las autorizaciones de servicio que emita, sin lugar a correcciones retroactivas frente a los servicios prestados por La IPS, de conformidad con lo dispuesto por el parágrafo sexto del Decreto 046 de 2000, sin perjuicio de aquellas situaciones en las cuales se requiera el cambio en la autorización de servicios, por orden médica, por orden o resolución de un juez de la República, o por no haber sido utilizada por el afiliado dentro del término de su vigencia, entre otros, e) Hacer la revisión íntegra de las facturas antes de proceder a efectuar las glosas. f) Garantizar una línea de atención 24 horas para la verificación de derechos de los afiliados y para la resolución de inquietudes, g) Garantizar una red suficiente para la referencia y contrarreferencia de pacientes, salvo cuando por motivos de capacidad de las IPS, éste no se pueda surtir con la red contratada sino en una red alterna. **CUARTA. EXCLUSIONES.-** La IPS se compromete a no prescribir los servicios de salud que se deriven de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, o los considerados como cosméticos o suntuarios, definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y aquellos que expresamente menciona el artículo 18 de la Resolución 5261 de 1994, ni realizar tratamientos médicos, quirúrgicos o terapéuticos, que involucren medicamentos no aprobados por el INVIMA y/o esquemas terapéuticos o protocolos de investigación no aprobados por las sociedades científicas. **PARAGRAFO.-** En el caso del uso de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de 2002 y demás normas que lo modifiquen y adicionen, su prescripción se realizará según los lineamientos de la Resolución 2933 de 2006. **QUINTA. PROHIBICIONES.-** La IPS no podrá: 1. Realizar prácticas discriminatorias en su atención a los usuarios; 2. Divulgar cualquier información relacionada con los pacientes, salvo la que requiera Nueva EPS S.A., para efectos de éste contrato, o la autoridad competente o que sea solicitada directamente por el afiliado, siendo obligación de La IPS obtener las autorizaciones del caso por parte del paciente, previamente o durante la prestación de los servicios de salud. **SEXTA. DURACIÓN Y PRORROGA DEL CONTRATO.-** El presente contrato tendrá una duración de un (1) año contado a partir de la fecha de su celebración, el cual se prorrogará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado, si una de las partes no manifiesta por escrito a la otra con sesenta (60) días calendario de antelación a la fecha de su vencimiento, su intención de darlo por terminado. **SEPTIMA.**

HARCO

91.

10/11/09

275

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

TERMINACIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO.- El presente contrato se podrá dar por terminado por cualquiera de las siguientes causas: a) Vencimiento del término inicialmente pactado o el de cualquiera de sus prorrogas. B) Por mutuo acuerdo de las partes. c) Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones previstas en el presente contrato., la terminación del contrato será de manera inmediata, agotando para ello el debido proceso. d) Unilateralmente por cualquiera de las partes mediante comunicación escrita con una antelación no inferior a sesenta (60) días a la fecha en que se desee darlo por terminado. Las partes renuncian expresamente al cobro de cualquier indemnización, multa o pena por esta causa. e) Por las demás causales previstas en la ley y en los reglamentos. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Cuando el incumplimiento sea en la calidad en la atención del usuario cuando se comprueben fallas, por parte de la auditoria médica de Nueva EPS S.A. a La IPS y entre los cuales transcurra un periodo no inferior a diez (10) días calendario, agotando para ello el debido proceso. **PARAGRAFO SEGUNDO.-** La terminación del contrato deberá hacerse de forma escrita, suscrita por el representante legal de la entidad que haya decidido finalizar la relación contractual, indicando de forma expresa la causal de terminación y ordenando su liquidación en el estado en que se encuentre. En caso de que la terminación sea por mutuo acuerdo, la decisión deberá ser suscrita por los representantes legales de ambas entidades. **PARÁGRAFO TERCERO.-** El proceso de liquidación del contrato no podrá durar más de cuatro (4) meses desde la fecha de vencimiento del contrato. La liquidación constará por escrito en la cual se determinaran todos los hechos del contrato, se discriminará el valor total del contrato, los valores pagados anticipadamente, los saldos a favor y en contra de cada una de las partes, y las fechas límite de pago de las sumas faltantes. El contrato y la liquidación prestarán mérito ejecutivo. **OCTAVA. TARIFAS DE LOS SERVICIOS.-** Nueva EPS S.A. Reconocerá a La IPS por sus servicios, el valor definido en el Anexo No. 3.- Tarifas de los servicios que hace parte integral del presente contrato. Pago que se hará mediante consignación en cuenta bancaria que se encuentre debidamente certificada por la entidad financiera. **NOVENA: FORMA DE PAGO** Teniendo en cuenta que este contrato es bajo la modalidad de pago por evento la NUEVA E.P.S S.A realizara un pago anticipado del 50 % del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su presentación . En caso de no presentarse objeción o glosa alguna el saldo se pagara dentro de los treinta días siguientes a la

HAR

9/.

276

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

presentación de la factura. Según la ley 1122 Capítulo III Artículo 13 literal d.

DECIMA. FACTURACIÓN Y GLOSAS.- a) La IPS deberá presentar la factura acompañada de la relación discriminada de cada uno de los servicios prestados identificando plenamente el número y fecha de la autorización de servicios emitida por Nueva EPS S.A. La factura deberá cumplir con todos los requisitos establecidos por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales y por el Código de Comercio. b) La factura podrá ser objeto de glosas, caso en el cual se procederá de la siguiente manera: Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, se formularán y comunicará al prestador las glosas a la factura. Una vez formuladas las glosas, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial. El prestador deberá dar respuesta a las glosas presentadas dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. LA EPS dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados por Nueva EPS S.A. dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a Nueva EPS S.A. una vez el prestador subsane la causal de devolución, respetando el periodo establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley. d) Determinado el costo real a pagar de cada factura por Nueva EPS S.A., se harán los ajustes correspondientes. Si hubiere saldos a favor de La IPS, estos deberán ser cancelados por Nueva EPS S.A. dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes. Si hubiere saldos a favor de Nueva EPS S.A. respecto del valor de la factura anticipadamente pagado, estos deberán ser devueltos por La IPS, sin perjuicio de estar Nueva EPS S.A. autorizada desde ya por La IPS para descontarlos de cualquier suma de dinero que Nueva EPS S.A. le adeuda por otras facturas. **PARÁGRAFO.-** En todos los casos, el valor del copago y de la cuota moderadora que haya recaudado La IPS, deberá ser descontado por ésta dentro de la factura que presente al mes siguiente. **DECIMA. GARANTÍAS.-** La IPS tomará a su costa y

Handwritten signature

Handwritten signature

Handwritten signature and number 12

277

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

por su cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país: a) Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato con una vigencia igual al término del contrato y (2) dos años más. Esta póliza deberá incluir los amparos de daños en bienes y personas. Se aceptarán las pólizas Multiriesgo o Contra todo riesgo siempre que comprendan todos los amparos mencionados. b) De responsabilidad civil profesional para clínicas, hospitales y médicos independientes por un valor de 400 salarios mínimos legales mensuales vigentes por evento o siniestro, por un término igual a la duración del contrato y cinco (5) años más. c) Póliza de Pago de Salarios y Prestaciones Sociales, con vigencia a tres (3) años, por el cinco por ciento (5%) del valor anual del contrato. d) Póliza de cumplimiento, por un término igual a la duración del contrato y dos (2) meses más, por un valor igual al 10% del valor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.-** Para los efectos del otorgamiento de las pólizas enunciadas en la primera parte de esta cláusula las partes estiman el valor del presente contrato, en una suma de QUINIENTOS MILLONES DE PESOS MONEDA CORRIENTE (\$500.000.000). No obstante, si durante su ejecución este valor se incrementa, La IPS ajustará el monto de las pólizas. **PARÁGRAFO SEGUNDO.-** Siempre que se prorrogue la duración del contrato, La IPS deberá renovar todas las pólizas mencionadas en esta Cláusula. **PARÁGRAFO TERCERO.-** La IPS deberá suscribir y entregar las pólizas de que trata la presente cláusula a Nueva EPS S.A., dentro de los cinco (5) días siguientes a la firma del presente contrato. La IPS autoriza a Nueva EPS S.A. para suscribir las pólizas en su nombre si éste no las suscribiere dentro del término establecido en el presente parágrafo. El valor de dichas pólizas podrá descontarse de cualquier valor que se le adeude a La IPS. **DECIMA PRIMERA. CLÁUSULA PENAL.-** En caso de incumplimiento parcial o total de las obligaciones del presente contrato, la parte incumplida pagará a la otra parte, un valor equivalente al diez por ciento (10%) del valor del contrato, a título de sanción sin perjuicio de que se pueda hacer exigible la obligación principal o el subrogado pecuniario, y en ambos casos la indemnización de perjuicios. **PARÁGRAFO.-** En caso de que el incumplimiento sea por parte de La IPS, este autoriza con la firma del presente contrato a Nueva EPS S.A., a descontar de cualquier suma que se le adeude el valor de la sanción aquí establecida. **DECIMA SEGUNDA. SUSPENSIÓN DEL CONTRATO.-** En caso de que Nueva EPS S.A. encontrare que La IPS no cumple con una o más de

IMP

91.

8 JUN 13

278

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

las condiciones del sistema de habilitación, suspenderá la ejecución del contrato y pondrá en conocimiento del hecho a la Entidad Departamental o Distrital de Salud competente. **DECIMA TERCERA. CESIÓN.-** La IPS no podrá ceder total o parcialmente el presente contrato sin autorización expresa y por escrito de Nueva EPS S.A. **DECIMA CUARTA. NATURALEZA DEL CONTRATO.-** El presente contrato es de naturaleza civil y comercial y se registrará en especial por las normas contenidas en las leyes 100 de 1993 y ley 1122 de 2007, en los decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en las Resoluciones 1043 de 2006 y 2680 de 2007, y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan. **DECIMA QUINTA. AUTONOMÍA.-** La IPS prestará los servicios objeto del presente contrato con plena autonomía técnica, financiera, administrativa y científica, bajo su propia y exclusiva responsabilidad y con aplicación de los parámetros de calidad correspondiente a su nivel de atención, sin que se configure relación laboral de dependencia, mandato o representación con Nueva EPS S.A. **DECIMA SEXTA. INDEMNIDAD.-** La IPS mantendrá indemne a Nueva EPS S.A. de toda reclamación, demanda, sanción que contra éste se llegare a presentar de forma directa o indirecta con ocasión de los servicios objeto del presente contrato. **DECIMA SEPTIMA. DEBER DE CONFIDENCIALIDAD.-** Las partes se comprometen a mantener de manera confidencial toda aquella información a la que tengan acceso con motivo o por ocasión de la celebración y ejecución del presente contrato. Ninguna de las partes podrá utilizar parcial o totalmente, en provecho suyo o de un tercero diferente al debido cumplimiento de este contrato, la información relativa a éste contrato o que se derive del mismo. La anterior obligación surtirá efecto a partir de la fecha en que se firme el presente contrato y tendrá vigencia hasta dos (2) años después de terminado el mismo. **PARÁGRAFO.-** En el evento de incumplimiento del deber de confidencialidad la parte afectada tendrá derecho a exigir inmediatamente a la parte incumplida, y a título de pena, el pago de una suma equivalente al veinte por ciento (20%) del valor del contrato. Esta suma podrá ser exigida por la vía ejecutiva ante la jurisdicción ordinaria, con la presentación de este contrato y la afirmación de la parte afectada acerca del incumplimiento y sin necesidad de requerimiento o constitución en mora, derechos a los que renuncian las partes. El cobro de la cláusula penal aquí prevista no excluye ni impide el cobro de la totalidad de la indemnización por los perjuicios ocasionados por el incumplimiento, y en consecuencia, la parte afectada tendrá derecho a cobrar la totalidad de los

HAC

91.

279

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

perjuicios ocasionados, mas la pena que aquí se establece. **DECIMA OCTAVA. CLÁUSULA COMPROMISORIA.-** Las eventuales diferencias que llegaren a surgir entre los contratantes con ocasión de la celebración, interpretación, ejecución y terminación de este contrato y que no pudiesen ser solucionados directamente por ellos, serán dirimidas por un Tribunal de Arbitramento integrado por tres árbitros, el cual funcionara en la ciudad del domicilio contractual y decidirá en derecho, ciñéndose a lo dispuesto en el decreto 2279 de 1989. Los árbitros serán designados de común acuerdo por las partes dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que una parte comunique a la otra su determinación de convocar al tribunal. Si no mediare acuerdo total o parcial al respecto, los árbitros faltantes serán designados por la Cámara de Comercio del lugar de domicilio contractual. **DECIMA NOVENA. GASTOS.-** Los gastos que ocasione la legalización del presente contrato, tales como autenticaciones, presentaciones personales, reconocimientos de texto, etc., serán de cargo de las partes contratantes en igualdad de proporciones. **VIGESIMA. INTERVENTORÍA.-** Nueva EPS S.A. ejercerá directamente la interventoría de las diferentes obligaciones objeto del contrato y la manera como se les dé cumplimiento, en tal sentido se reserva el derecho de realizar las visitas de monitoreo y supervisión que estime conveniente a través del Director o Auditor Médico asignado. De igual forma, con la finalidad de asegurar que la prestación del servicio por parte de La IPS se haga en condiciones óptimas de calidad, Nueva EPS S.A. podrá inspeccionar, verificar el servicio e igualmente hacer sugerencias por escrito para que La IPS corrija las deficiencias en la prestación del servicio. **VIGESIMA PRIMERA. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.-** Nueva EPS S.A. no asume responsabilidad técnica, profesional o de cualquier otro tipo que pueda resultar como consecuencia del desarrollo de las actividades asistenciales que haya realizado o no La IPS, dado que el servicio suministrado se deriva de la capacidad e idoneidad que les son propias. Así mismo y en cumplimiento de las obligaciones contractuales adquiridas por La IPS, ésta deberá responder por los servicios prestados o dejados de prestar a los usuarios de Nueva EPS S.A. en desarrollo de este contrato. **VIGESIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES.-** Toda modificación que se efectúe al presente contrato, se deberá realizar de común acuerdo entre las partes, de lo cual se dejará constancia por escrito. **VIGESIMA TERCERA. ANEXOS.-** Forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos que se anexan: 1) El

LRAP

91.

JUN 15

280

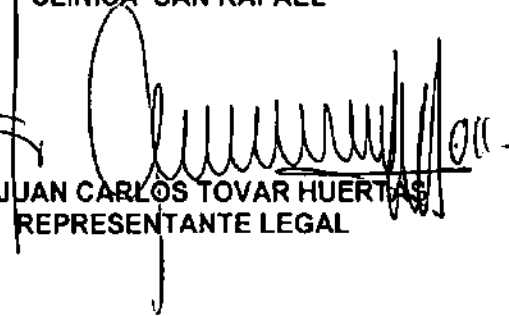
**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DEL PLAN
OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO BAJO LA
MODALIDAD DE EVENTO SUSCRITO ENTRE LA NUEVA EMPRESA
PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. Y HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA
SAN RAFAEL**

certificado de existencia y representación legal de La IPS. 2) Certificado de Registro de Institución Prestadora de Servicios expedida por la Secretaría de Salud correspondiente. 3) Portafolio de servicios. 4) Pólizas de garantía. 5) Fotocopia de cédula de ciudadanía de los Representantes Legales. 6) Tarifas. 7) Fotocopia del Registro Unico Tributario de La IPS. 8) Certificación de la entidad financiera correspondiente en original, en la conste una cuenta bancaria abierta y activa a nombre de La IPS. 9) Carta suscrita por el Representante Legal de La IPS en la que autoriza a Nueva EPS S.A. consignar en la cuenta bancaria por ella indicada, el valor del contrato causado. 10) Anexos: Anexo No. 1.- Servicios Cubiertos, Anexo No. 2.- Manual de auditoria de la calidad y Anexo No. 3.- Tarifas de los servicios **VIGÉSIMA CUARTA. DOMICILIO.-** Para todos los efectos, se fija como domicilio de las partes: Nueva EPS S.A. CARRERA 85 K N. 46 A 66. La IPS: CARRERA 8 N. 17 - 45 SUR. Quienes suscriben el presente contrato declaran bajo juramento que sus nombramientos se encuentran vigentes y tienen suficientes y necesarias facultades para suscribirlo en nombre y representación de las entidades. Estando las partes de acuerdo, firman el presente contrato en Bogotá a los veinticuatro (24) días del mes de Julio del año dos mil ocho (2008).

"NUEVA EPS SA"

HOSPITAL UNIVERSITARIO
CLINICA SAN RAFAEL


HECTOR JOSE CADENA
REPRESENTANTE LEGAL


Hno. JUAN CARLOS TOVAR HUERTAS
REPRESENTANTE LEGAL

Señor
JUEZ SEPTIMO CIVIL CIRCUITO DE BOGOTA
E. S. D.

Referencia: Proceso VERBAL
Demandante: JOSE ALEJANDRO CARABALI Y OTROS
Demandado: NUEVA EPS S.A. y otros
Expediente: 2020-215
PJ 2712

*****CONTESTACIÓN DE DEMANDA *****

ALBERTO GARCIA CIFUENTES, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.161.380 de Tunja y portador de la tarjeta profesional No. 72.989 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la entidad demandada NUEVA EPS, por medio del presente escrito y estando dentro del término legal me permito contestar la demanda formulada por JOSE ALEJANDRO CARABALI Y OTROS, conforme las siguientes consideraciones:

CONTESTACIÓN A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: ES CIERTO

AL HECHO SEGUNDO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a la paciente, ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto, me atenderé a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica.

De otra parte, la historia clínica de la paciente está en manos de la IPS que la atendió, pues su custodia y diligenciamiento es responsabilidad de las IPS de conformidad con lo previsto en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 13.- CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

AL HECHO TERCERO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a la paciente, ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto, me atenderé a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica.

AL HECHO CUARTO: NO ME CONSTA, todo lo concerniente a la sintomatología, diagnóstico, tratamiento y demás circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención brindada a la paciente, ya que esta situación debe estar plasmada en la historia clínica y ésta no está bajo la custodia de NUEVA EPS S.A., por tanto, me atenderé a lo que esté reflejado en la mencionada historia clínica.

AL HECHO QUINTO: ES CIERTO

AL HECHO SEXTO: corresponde a una transcripción de apartes de un informe de necropsia, que se aportó como prueba por el demandante.

A LAS PRETENSIONES

Nos oponemos a la estimación de perjuicios materiales, no solo por ambiciosa, sino por genérica. Debería informarse al apoderado demandante que los perjuicios materiales son precisos y basados en pruebas y no se estiman en salarios mínimos.

En cuanto a los perjuicios inmateriales debo indicar que las pretensiones desbordan todos los baremos.

En general nos oponemos totalmente a la estimación de perjuicios en el entendido claro que no hay la menor posibilidad de prosperidad de los mismos dado que Nueva EPS autorizó la atención que le fue requerida y la menor fallece por su enfermedad y no por errores de atención.

ARGUMENTOS DE DEFENSA DE LA ENTIDAD NUEVA EPS

Son breves y claros:

HAY ACASO EN LA DEMANDA EL MAS LIGERO ANALISIS por parte del apoderado demandante respecto de los hechos u omisiones que creemos entiende que hubo en la atención de la menor??

En la demanda, en la pretensión nominada PRIMERA se indica:

“(.)conducta imprudente y negligente del cuerpo médico que atendió a la hija de los demandantes SALOME CARABALI LASSO;

teniendo como resultado final de estos malos procedimientos médicos la muerte de la menor”

En la pretensión nominada TERCERA se dice:

“(.)Se sirva declarar que los demandados siendo civil y solidariamente responsables por los daños y perjuicios ocasionados a mis representados según hechos ocurridos con la deficiente atención y mal diagnóstico médico, paguen a título de indemnización (.)”

Revisados cuidadosamente los hechos, encontramos una narración de las atenciones médicas recibidas, que a Nueva EPS no le constan por ser de un tercero, así sea bajo contrato con la EPS, y una transcripción parcial de una necropsia.

Luego, NO EXISTEN FUNDAMENTOS FACTICOS DE LA PRETENSIÓN EN LOS HECHOS.

Revisé también los fundamentos jurídicos, encontrando simplemente una información genérica sobre responsabilidad médica, de la que no se citan fuentes.

Ahora bien, se pretende la comprobación del daño con una peritación de medicina legal.

Como bien indica el apoderado demandante, para que encuentre una responsabilidad indemnizatoria médica se requieren tres elementos: daño, culpa y nexo causal.

El daño entendemos lo hace gravitar en el fallecimiento de la menor.

Cuál es la culpa que pretende demostrar? Cual fue la atención errada de los médicos? Fue en el primer ingreso de la menor, en el segundo? Tomaron una decisión equivocada? Cual? Cual es la violación de lex artis? Que fue lo que hicieron o dejaron de hacer los médicos que un profesional competente en las mismas circunstancias no hubiera hecho??

Recordemos que respecto de la actuación médica ha dicho la Corte Suprema de Justicia en sentencia reciente lo siguiente:

“La formación teórica, la práctica rigurosa y la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios innecesarios en su integridad física y moral. Los principios anotados, en consecuencia, conminan a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas y lesivas para los pacientes y usuarios de los servicios.

Lo dicho presupone, en general, que el actuar médico se realiza con diligencia y cuidado. Por esto, los menoscabos o las lesiones causadas a la salud, también en línea de principio, se entienden que son excusables. Las excepciones se refieren a las faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas), eventos en los cuales deben ser reparadas íntegramente “in natura» o por equivalencia.

Para el efecto, precisamente, corresponde a quien demanda la declaración de responsabilidad y la correspondiente condena: 1. Desvirtuar los principios de benevolencia o no maledicencia. 2. Según la naturaleza de la responsabilidad en que se incurra (subjetiva u objetiva), o de la modalidad de las obligaciones adquiridas (de medio o de resultado), mediante la prueba de sus requisitos axiológicos. En particular, probar la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad. En todo caso, no basta la afirmación del actor carente de los medios de convicción demostrativos de los hechos que se imputan. Ello se acompaña con el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en salud, modificado por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011, según el cual, la relación médico-paciente genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Todo, claro está, sin perjuicio de las estipulaciones especiales de las partes" (artículo 1604, in fine, del Código Civil), en una evidente distinción con las obligaciones de resultado.

Como tiene sentado la Corte, “entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el darlo por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado” 4

La conceptualización reviste importancia con miras a establecer las cargas probatorias de los supuestos de hecho normativos y de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento. En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”

La anterior es cita de la sentencia SC3847-2020 Radicación: 05001-31-03-012-2013-00092-01 Aprobado en Sala virtual de veinticinco de junio de dos mil veinte Bogotá, D. C., trece (13) de octubre de dos mil veinte (2020).

Revisada la demanda, en forma alguna se destruye la presunción de no maledicencia, ni hay el más leve análisis sobre las presuntas fallas, pretendiendo fincar sus absurdas y no justificadas pretensiones en un eventual dictamen pericial.

CON BASE EN LO EXPUESTO PROPONDERMOS LAS SIGUIENTES EXCEPCIONES DE MERITO

1. AUSENCIA DE CULPA DE NUEVA EPS

Para que sea indemnizable un daño, se requiere primero que exista el daño, y la existencia de un nexo entre ese daño y la actividad del demandado. Lo antes expuesto establece claramente como NUEVA EPS no ha generado grado alguno de responsabilidad y mucho menos de culpabilidad en la realización del supuesto hecho dañoso, pues el mismo LO HACE RECAER EL DEMANDANTE EN EL FALLECIMIENTO DE LA PACIENTE, quien fallece es por el desarrollo de su enfermedad, sin que Nueva EPS haya negado servicio alguno a la menor.

2 INEXISTENCIA DE YERRO INEXCUSABLE EN EL ACTUAR DEL MEDICO TRATANTE. RESPONSABILIDAD DE MEDIO Y NO DE RESULTADO

Independientemente de lo dicho en las excepciones anteriores, de conformidad con los mismos dichos de la demanda y las pruebas que se practicaran dentro del proceso, se demostrará la inexistencia de un error ostensible en la atención dada a la paciente, que pueda ser imputable a título de culpa al equipo médico y a la IPS participante en el hecho generador del presunto daño.

En tratándose de responsabilidad médica, se ha dicho que ésta (la actividad médica) genera obligaciones de medio y no de resultado, pues la regla general indica que ningún médico puede garantizar a su paciente el 100% de efectividad y por otro lado, al ser una actividad humana, siempre existe un riesgo implícito en la conducta médica.

Adicionalmente, muchos de los acontecimientos que hacen que el tratamiento dado a un paciente, no sean los esperados, no se debe a una mala praxis de la medicina, sino a riesgos PROPIOS DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

Por lo anterior, ya se ha pronunciado la H. Corte Suprema de Justicia, Sala Civil y entre otras en providencia del 15 de enero de 2008, con ponencia del Dr. Edgardo Villamil Portilla, precisamente en un caso similar al presente. Dijo en aquella oportunidad:

“En ese contexto, los especiales perfiles que presenta el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de

responsabilidad profesional, pero sin extremismos y radicalismos que puedan tomarse “ni interpretarse en un sentido riguroso y estricto, pues de ser así, quedaría cohibido el facultativo en el ejercicio profesional por el temor a las responsabilidades excesivas que se hicieran pesar sobre él, con grave perjuicio no sólo para el mismo médico sino para el paciente. ‘Cierta tolerancia se impone, pues dice Sabatier, sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él’”.

Sin embargo, no hay para la conducta de los médicos una inmunidad al régimen general de las obligaciones, pues como ha reconocido la jurisprudencia,

“el médico se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlo quirúrgicamente, a cambio de una remuneración económica, en la mayoría de los casos, pues puede darse la gratuidad, con el fin de liberarlo, en lo posible, de sus dolencias; para este efecto aquel debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar al enfermo su curación ya que esta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever” (Sent. Cas. Civ. de 26 de noviembre de 1986).”

Recordemos cómo, la responsabilidad médica tiene fuente en el “yerro inexcusable” cometido en la práctica médica y que por lo mismo irroga perjuicios a un paciente, premisa jurídica que siempre debe servir de plataforma para la decisión de un litigio que guarda sustento en la praxis médica.

Al respecto conviene citar la siguiente jurisprudencia del H. Consejo de Estado, así:

Sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, Consejero ponente: ALIER EDUARDO HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ, diez (10) de febrero de dos mil (2000), Radicación número: 11878, Actor: JOSUÉ REINALDO DURÁN SERRANO Y OTROS contra HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA Y UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER - UIS.

“Y no olvida la Sala la advertencia hecha anteriormente sobre lo relativamente fácil que puede resultar el juzgamiento ex post de la conducta de los médicos, quienes se encuentran siempre, al efectuar el diagnóstico, ante un panorama incierto. Se impone, entonces,

concluir que al médico no le es cuestionable el error en sí mismo, sino el comportamiento inexcusable que lo llevó a cometerlo.

Al respecto, autores como Ataz López y Lorenzetti, citados por Vázquez Ferreyra, han expresado, refiriéndose a la responsabilidad civil de los médicos, que el error que exime de responsabilidad no ha de ser una anomalía en la conducta, sino una equivocación en el juicio, por lo que se hace necesario investigar si el galeno adoptó todas las previsiones aconsejadas por la ciencia para elaborar el diagnóstico.^{1[33]} Y dadas las limitaciones de la medicina, debe aceptarse que, en muchos casos, habiendo claridad sobre la imputabilidad del daño a la acción u omisión de los profesionales que tuvieron a su cargo la atención del paciente, éste puede resultar obligado a soportarlo".

Nueva Eps hizo un análisis de la atención médica recibida por la menor y encontramos lo siguiente:

1. En el momento del ingreso el día 31 de julio de 2015 a Clínica San Rafael, la paciente tiene cuadro clínico de 2 días de evolución de fiebre sin otra sintomatología importante, al examen físico no se evidencia alteración pulmonar, sino solamente la faringe congestiva, se actúa bajo la ex artis y se anota con el debido cuidado que al no tener foco de infección aparente se decide toma de exámenes de laboratorio y se deja en observación, con los resultados de los primeros exámenes de laboratorio en donde se evidencia una infección con compromiso sistémico por los leucocitos elevados, y el predominio de neutrófilos muy elevados para su edad, se inicia estudio de foco infeccioso de origen bacteriano : " Leucos 25700. Neutros 75% Linfos 20% hb 13 HCTO 41% plaquetas 420000. PCR 14.6 uroanálisis negativo. Análisis: se reinterroga a madre, refiere cuadro febril de dos días de evolución, hoy asociado a rinorrea escasa, no tos, en el momento febril al examen físico, con leve eritema faríngeo sin placas, paraclínicos con leucocitosis y neutrofilia".

2. Con dichos hallazgos importantes se solicita radiografía de tórax y se obtiene el siguiente resultado: "Radiografía de tórax: infiltrados parahiliares intersticiales derechos, no consolidaciones." Análisis: se considera foco neumónico, se comenta con pediatra de turno quien considera cubrir con amoxicilina oral, antipirético por horario, control 12 horas para nuevo hemograma PCR y nueva valoración. Se hace diagnóstico de neumonía adquirida en comunidad y se deja antibiótico oral y control en 24 horas de manera ambulatoria. Con el primer control ambulatorio realizado el día 1 de agosto de 2015 se evidencia mejoría del cuadro clínico de la paciente y disminución de los signos de inflamación, disminuyen los leucocitos y neutrófilos por lo cual se continua con antibiótico ambulatorio por horario, pero como persiste PCR elevada un examen que sugiere inflamación se

^{1[33]} Ver VÁZQUEZ FERREYRA, Roberto. Op. cit. P.p. 96, 97.

cita nuevamente a las 24 horas para monitoreo el día 2 de agosto por persistencia de la fiebre y la PCR elevada se decide hospitalizar ya que no se puede dar continuidad al manejo ambulatorio por no mejoría de la fiebre, se realiza nueva toma de exámenes y los leucocitos y neutrófilos han disminuido pero la PCR sigue elevada, la radiografía muestra los mismos hallazgos que sugieren una neumonía viral vs bacteriana ya que el patrón radiológico no es específico de neumonía bacteriana. Valorada por pediatría, se decide hospitalización y cambio de antibioticoterapia por manejo intravenoso con penicilina de acuerdo a los protocolos y guías de práctica clínica: "con cuadro respiratorio de origen bacteriano que a pesar de manejo ambulatorio no muestra mejoría, con reactantes de fase aguda en ascenso, por lo cual se inicia cubrimiento antibiótico intrahospitalario con penicilina 450000 U cada cuatro horas. IDX: Síndrome de dificultad respiratoria moderada. Neumonía retrocardiaca. Bronconeumonía no especificada. Plan: hospitalizar.

3. EL día 3 de agosto presenta dolor abdominal intenso asociado a pobre tolerancia a la vía oral por lo cual es valorada por cirugía pediátrica, inicialmente No se piensa en abdomen quirúrgico pero por la persistencia del dolor se decide llevar a laparotomía exploratoria con sospecha de apendicitis la cual se descarta y se encuentra una adenitis mesentérica. La paciente continua al deterioro se cambia antibiótico a clindamicinaamikacina, pero no hay buena respuesta y requiere traslado a unidad de cuidado intensivo en día 5 de agosto en donde se muestra compromiso hematológico con trombocitopenia(disminución de plaquetas) y falla renal aguda paciente no orina y se encuentra en anasarca(retención de líquidos). Requiere intubación orotraqueal, se demuestra progresión radiológica severa de la neumonía se solicitan hemocultivos, se cambia antibiótico a cefepime . Se aísla un germen gram negativo en los hemocultivos. La paciente continua hacia el deterioro no responde a tratamiento y presenta paro cardiorespiratorio y fallece el día 6 de agosto de 2015 a las 18.40 hrs.

4. De acuerdo a lo soportado en todos los puntos anteriores se puede concluir que se cumple el protocolo de guías de práctica clínica para el manejo de neumonía adquirida en comunidad en el paciente pediátrico. Es evidente que la neumonía es una neumonía de evolución agresiva que no es por gérmenes comunes y por eso progresa con ese grado de severidad. Todo el tiempo la paciente estuvo monitoreada por pediatría, se administran antibióticos de amplio espectro por lo cual no se puede hablar de impericia, o imprudencia por parte de los profesionales tratantes.

5. Ya con el hallazgo post mortem de un staaphylococo áureas meticilino resistente adquirido en comunidad se puede explicar el tipo de neumonía que presenta la paciente que es una neumonía necrotizante severa cuya mortalidad a pesar de tratamiento es mayor al 56% de los casos. En éste caso particular el hecho de ser meticilino resistente que no es lo usual que provenga de la comunidad hace que los antibióticos que se colocan no hayan dado la respuesta adecuada, aunque haya recibido clindamicina

que se usa dentro de los protocolos para tratamiento de éste tipo de neumonías.

6. La neumonía necrotizante en pediatría está descrita como un cuadro agresivo de progresión rápida y por la destrucción que produce en el parénquima pulmonar y la trombosis de los vasos intrapulmonares lleva a la muerte. En este caso se realizan los protocolos de manejo adecuados, la vigilancia y el monitoreo estricto y permanente de la paciente, pero no se piensa que el causante de la neumonía es un germen meticilino resistente por lo cual No se inicia antibioticoterapia para éste tipo de bacteria, sino antibioticoterapia para el tratamiento de los gérmenes más comunes solo al momento del ingreso a UCI como se reporta en historia clínica con cocos gran positivos se adiciona al manejo vancomicina.

A LAS PRUEBAS PEDIDAS POR LA PARTE DEMANDANTE

Prueba Pericial

La oportunidad y plazo para presentación de dictámenes periciales por las partes está expresamente reglada por el C.G.P. Así, el art 227 del CGP impone a la parte que pretende valerse de un dictamen pericial la carga de aportarlo. Por tanto el dictamen solicitado por el apoderado demandante no debe ser decretado.

Artículo 227. Dictamen aportado por una de las partes

La parte que pretenda valerse de un dictamen pericial deberá aportarlo en la respectiva oportunidad para pedir pruebas. Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días. En este evento el juez hará los requerimientos pertinentes a las partes y terceros que deban colaborar con la práctica de la prueba.

El dictamen deberá ser emitido por institución o profesional especializado

EN CUANTO A LOS TESTIMONIOS SOLICITADOS

De conformidad con el artículo 212 del CGP, al momento de pedir los testimonios debe indicarse los hechos objeto de la prueba, y ello no se hace en la demanda

Artículo 212. Petición de la prueba y limitación de testimonios

Cuando se pidan testimonios deberá expresarse el nombre, domicilio, residencia o lugar donde pueden ser citados los testigos, y enunciarse concretamente los hechos objeto de la prueba.

El juez podrá limitar la recepción de los testimonios cuando considere suficientemente esclarecidos los hechos materia de esa prueba, mediante auto que no admite recurso.

SOLICITUD DE PRUEBAS

Con el debido respeto solicito el decreto y práctica de las siguientes pruebas:

TESTIMONIALES

1. Con todo respeto solicito sea fijada fecha y hora para tomar prueba testimonial al señor YASSER FAROUT CAMACHO MEJIA, Director de acceso a Servicios de Salud de Nueva EPS, quien puede aclarar al despacho como se cumplió con la tutela en el caso en referencia y que autorizaciones se dieron a la paciente

Puede ser citado a través del suscrito abogado o al correo de Nueva EPS secretaria.general@nuevaeps.com.co.

DECLARACIÓN DE PARTE

1. Con todo respeto solicito sea fijada fecha y hora para tomar declaración de parte al demandante, conforme al interrogatorio que previamente aportaré o que realizaré en la audiencia

DOCUMENTALES

Se acompañan debidamente escaneadas las siguientes:

1. Oficio SGJ 11085-2020 de 27 de noviembre de 2020 mediante el cual el Director de Acceso a Servicios de Salud aporta certificación de servicios autorizados a favor de la usuaria.

NOTIFICACIONES

NUEVA EPS S.A. E.P.S.-S., en la carrera 85K 46 A – 66 piso 2 de la ciudad de Bogotá, correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com

EL suscrito en la Secretaría de su Honorable Despacho o en la Carrera 12 No. 71-53 oficina 103 de la ciudad de Bogotá o al correo electrónico inscrito en el registro nacional de abogados albertogarciacifuentes@outlook.com.

Con toda atención,



ALBERTO GARCIA CIFUENTES

C.C. No. 7.161.380 de Tunja

T.P. No. 72.989 del C.S. de la J.

Teléfono Celular 3004974755

CONTESTACIÓN DEMANDA PROCESO 2020-215 Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

Lun 5/04/2021 2:10 PM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: redasejur@gmail.com <redasejur@gmail.com>; albertogarciacifuentes@outlook.com

<albertogarciacifuentes@outlook.com>; notificacionesjudiciales@previsora.gov.co <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

 15 archivos adjuntos (22 MB)

Correo de National Clinics - Fwd_ ALLEGANDO COPIA RECIBIDO NOTIFICACIÓN PERSONAL (Art. 291 C.G. del P.).pdf; CORREOS ENVIADOS PARA NOTIFICACIÓN PERSONAL.pdf; TRASLADO DEMANDA.pdf; PODER PROCESO VERBAL 2020-215 (2) (1).pdf; CONTESTACION DEMANDA PROCESO DECLARATIVO- SALOME CARABALI.pdf; Certificado SDS 01 marzo 2021.pdf; SALOME CARABALI LASSO (1).zip; Apendicitis_ver2.pdf; ARTICULO SOBRE EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS PEDIATRICA.pdf; CRITERIOS DE DIAGNOSTICO TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL.pdf; LLAMAMIENTO EN GARANTIA.pdf; POLIZA 1011253.pdf; CAMARA DE COMERCIO PREVISORA.pdf; PRORROGA POLIZA 1011253.pdf; CORREO CONTESTACIÓN DEMANDA.pdf;

Buenas tardes.

Señores,

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO

DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

RADICADO: 11001310300720200021500

Respetado Señor Juez,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.636.173 expedida en Tunja (Boyacá), portadora de la Tarjeta Profesional No 301.153 del C.S de la J. obrando como apoderada especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL** con NIT No 860.015.888-9, conforme al poder que me permito adjuntar, estando dentro del término procesal correspondiente, teniendo en cuenta que hasta el día 01 de marzo de la presente anualidad fue allegado por parte del Despacho Judicial el traslado de la demanda, como se puede evidenciar en los soportes adjuntos. Me permito, remitir contestación a la demanda interpuesta por los señores JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO, en la cual se adjunta la siguiente documentación:

1. Soportes de la indebida notificación realizada, conforme lo dispone el artículo 8 del Decreto 806 de 2020.
2. Soportes de los correos enviados al Despacho Judicial, para efectos de que realizará el traslado de la demanda.
3. Soporte donde se evidencia que el traslado de la demanda se realizó el 01 de marzo de la presente anualidad.
4. Poder.
5. Escrito de contestación de la demanda.
6. Certificado de Existencia y Representación Legal.

7. Pruebas
8. Escrito de llamamiento en garantía.
9. Prueba de la póliza de seguros.
10. Certificado de existencia y representación legal de LA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS.

Sin otro particular, agradezco el acuse de recibido del Despacho Judicial.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ

C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)

T.P. No 301.153 del C. S. de la J.

Aviso: "La información contenida en este mensaje y en sus archivos anexos es estrictamente confidencial y pertenece en forma exclusiva al Hospital Universitario Clínica San Rafael. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise al remitente. Está prohibida su retención, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus, no obstante, Hospital Universitario Clínica San Rafael no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el recibo y uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos."

Notice: "The information contained in this message and its attached files is strictly confidential and is the exclusive property of Hospital Universitario Clínica San Rafael. If you have received this message in error, please destroy it and contact the sender. The retention, reproduction, use or distribution of this information for any purpose is prohibited. This message has been tested by antivirus software. The Hospital Universitario Clínica San Rafael assumes no responsibility, however, for any damage caused by the receipt or use of the material, given that it is the responsibility of the recipient to verify the presence of any virus or other defect by his own means."



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. compartió la carpeta "11001310300720200021500" contigo.

1 mensaje

Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

1 de marzo de 2021, 14:18

Para: "lina.cepeda@ncsanrafael.com.co" <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>



Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. compartió una carpeta contigo

Aquí está la carpeta que Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. compartió contigo.



11001310300720200021500



Este vínculo funcionará para cualquier persona.

[Abrir](#)[Declaración de privacidad](#)

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o

30/3/2021

Correo de National Clinics - Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. compartió la carpeta "11001310300720200021500" contigo.

archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.

Señores,
JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA.
E.S.D.
Ciudad.



REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL y NUEVA EPS.
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: Poder

Respetado Señor Juez,

MIGUEL ÁNGEL MURCIA RODRÍGUEZ, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.327.087 de Bogotá D.C, quien obra en nombre y representación legal del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, con NIT No 860.015.888-9, en mi condición de Representante Legal de la demandada dentro del proceso de la referencia, comedidamente manifiesto a usted que mediante el presente escrito otorgo poder especial a la Doctora **LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ**, igualmente mayor y de esta vecindad, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá), y portadora de la Tarjeta Profesional número 301.153 del C.S de la J., para que me represente en el proceso referido, actualmente tramitado en este Juzgado.

Mi apoderada queda facultada para transigir, desistir, sustituir, recibir y efectuar todas las acciones y trámites necesarios en el cumplimiento de su mandato, y las contenidas en el artículo 77 del CGP.

Solicito, Señor Juez, reconocerle personería a mi apoderada en los términos y para los efectos del presente poder.

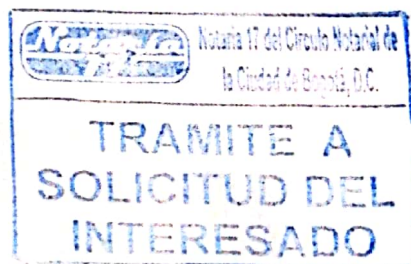
Del señor Juez,

Atentamente,

MIGUEL ÁNGEL MURCIA RODRÍGUEZ
C.C 19.327.087 de Bogotá D.C

Acepto,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P No 301.153 del C.S de la J.



11

Notaria
17

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
RECONOCIMIENTO DE FIRMA Y CONTENIDO
AUTENTICACIÓN DE HUELLA

Ante El(La) NOTARIO(A) El 17 del Circulo de Bogotá D.C.

COMPARECIO

quien se identifico con la C.C. No. 19327069 y declaro que el contenido del presente documento es cierto y que la firma que allí aparece es la suya. La huella dactilar impresa corresponde a la del compareciente a su solicitud, por lo tanto es autentica.

Bogotá, D.C.

10 NOV 2020



[Handwritten Signature]
Firma del Declarante

HUELLA DEL
INDICE DERECHO

NOTARIA DIECISIETE(17) DEL CIRCULO NOTARIAL DE LA CIUDAD DE BOGOTA

Firma del Notario(A) que autoriza el Reconocimiento de Firma y autenticación de huella
NOTARIO(A)(E)

106
229



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CECULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.049.636.173**
CEPEDA RODRIGUEZ

APELLIDOS
LINA LIZETH

43 40 1 32

Lina Lizeth Cepeda R



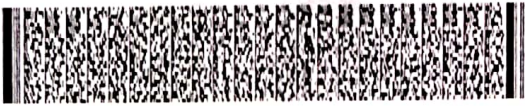
FECHA DE NACIMIENTO **21-NOV-1993**
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 **B+** **F**
ESTATURA G S RH SEXO

30-NOV-2011 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0700100 00354843-F-1049636173-20120111 0028920986A 1 36566290

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO


ESP-6002

NOMBRES: PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA
LINA LIZETH
APELLIDOS: MARTHA LUCÍA OLANO DE NOGUERA
CEPEDA RODRIGUEZ


FECHA DE GRADO: CONSEJO SECCIONAL
01/12/2017
BOYACA
FECHA DE EXPEDICION: TARJETA N°
11/01/2018

UNIVERSIDAD: SANTO TOMAS TUNJA
CEDULA: 1049636173
301153

Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil

Diagnostic criteria and treatment of childhood tuberculosis

Comité Nacional de Neumonología

Coordinadora: Dra. Norma González.

Colaboradores: Dr. Víctor Pawluk, Dra. Elena Bonifachich, Dra. Cristina Cerqueiro, Dra. Sandra Inwentarz, Dra. Elsa Bisero, Dra. Graciela Luque, Dra. Miriam Bruno, Dr. Pablo Melonari, Dra. Miriam Calvari y Dra. Alicia Aletti.

Participantes de la discusión y redacción de esta guía:

Comité Nacional de Neumonología: Dra. Norma González, Dr. Víctor Pawluk, Dra. Elena Bonifachich, Dra. Cristina Cerqueiro, Dra. Sandra Inwentarz, Dra. Elsa Bisero, Dra. Graciela Luque, Dr. Fernando Vila, Dra. Laura Moreno, Dra. Virginia D'Alessandro, Dr. Fernando Meneghetti, Dra. Verónica Aguerre, Dr. Julio Nadeo, Dra. Patricia Paba, Dra. Silvia Pereyro, Dr. Fernando Ferrero, Dra. Verónica Giubergia, Dr. Claudio Castaños, Dr. Fernando Rentería, Dr. Juan Gagnetten, Dra. Corina Magadan, Dra. Sandra Bertelegni, Dra. Doris Primrose, Dr. Federico Gini Cambaceres, Dra. María Eugenia Ginestest, Dra. Cappellino Marcela, Dra. Araceli Luz Benítez, Dra. Karina Moncada, Dr. Pablo Bodas, Dra. Ana Victoria Castiñeiras, Dra. Mariela López, Dra. Silvina Smith, Dra. Marianela Bonini, Dra. Cecilia Lepera, Dra. Beatriz Reches, Dra. María Eugenia Bonilla Rocha, Dra. Karina Velázquez, Dra. Laura Lagrutta, Dr. Nicolás Castiglioni, Dr. Diego Dagnino, Dra. Vivian Leske, Dra. María Sandra Baratta, Dra. María Marta Quiñoñes, Dra. Gisela Martinchuk Migliazza, Dr. Santiago Vidaurreta, Dr. Emilio Tugender, Dra. Verónica Gimeno Ros, Dra. Mariel Vanoni, Dra. Marcela Fraga, Dra. Selva Di Coste, Dra. Lorena Lombardero, Dra. Liliana Gauna, Dra. Gabriela Andrada, Dra. Lina Abram, Dr. Hernán Talamoni, Dr. Alejandro Teper, Dra. Inés Marques, Dra. Elisabeth Bujedo, Dra. Verónica Kohn, Dr. Daniel Álvarez, Dra. Gabriela Szulman, Dr. Néstor Pisapia, Dra. Adriana Márquez, Dra. Judith Pierini, Dra. Daniela Petti, Dra. Liliana Spossi, Dra. Marina Delgado, Dra. Teresa Solís, Dra. Edith Macha Marín, Dra. Patricia Martínez, Dra. Carolina Barrías, Dra. Alicia Michelini, Dra. Anahí Kruger, Dra. Hilda Giugno, Dra. Nadia Tucci del Papa, Dra. Bárbara Vaccaro, Dr. Damián Taire, Dra. Stella Maris Piñón, Dra. Liliana Gallardo, Dra. Alejandra Meneguzzi, Dra. Sandra Barría, Dra. Silvina Cipriani, Dr. Ricardo Piñero, Dra. Nancy Amarilla, Dr. Raúl Robles, Dra. Yanina Loto.

Comité de Infectología: Dra. Miriam Bruno, Dr. Pablo Melonari, Dra. Miriam Calvari y Dra. Alicia Aletti.

Correspondencia:
Dra. Norma González:
negonza@intramed.net

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Bacteriología: Dra. María Inés Urteneche, Dra. Susana Poggi.

ÍNDICE

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA INFECCIÓN Y LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA.....	3
EPIDEMIOLOGÍA.....	4
DIAGNÓSTICO	4
Diagnóstico clínico	5
Anamnesis	5
Manifestaciones clínicas	5
Diagnóstico radiológico.....	5
Prueba tuberculínica	6
Diagnóstico bacteriológico	6
Otros métodos de diagnóstico	8
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	8
TUBERCULOSIS EN EL RECIÉN NACIDO.....	8
FORMAS CLÍNICAS	9
Infección tuberculosa (primoinfección).....	9
Forma moderada (o común)	9
Forma grave	9
TRATAMIENTO.....	10
Fármacos	10
Modalidades de tratamiento.....	11
Fases del tratamiento antituberculoso.....	12
Esquemas de tratamiento antituberculoso	12
Controles durante el tratamiento	12
Tratamiento en situaciones especiales.....	12
Efectos adversos e interacciones medicamentosas	13
PREVENCIÓN.....	14
Vacuna con bacilo de Calmette-Guérin.....	14
Quimioprofilaxis.....	16
ESTUDIO DE CONTACTOS	17
SITUACIONES ESPECIALES	17
Virus de la inmunodeficiencia humana/sida	17
Tuberculosis farmacorresistente	18
Anexo 1: BIOSEGURIDAD.....	20
Anexo 2: DEFINICIONES OPERATIVAS	22
SINOPSIS	23
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	24
TABLAS	26

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA INFECCIÓN Y LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

El agente etiológico de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se trata de un bacilo aerobio estricto, ácido-alcohol resistente, sin movilidad, de crecimiento lento y que se inactiva con rayos ultravioleta y temperaturas mayores de 60°C. Existen varias especies similares que integran el complejo *M. tuberculosis*: *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. caprae*, *M. canettii* y *M. pinnipedii*. Por extensión, se aplica también el nombre de tuberculosis a la enfermedad causada por el *M. bovis*. El bacilo de Calmette-Guérin (BCG), el *M. bovis* atenuado, puede ocasionar una enfermedad indistinguible clínicamente de la tuberculosis en huéspedes inmunocomprometidos. Las enfermedades producidas por micobacterias no tuberculosas reciben el nombre de micobacteriosis.

La transmisión de la tuberculosis es fundamentalmente aérea (95% de los casos): ingresa al aparato respiratorio a través de secreciones expulsadas por la tos de enfermos contagiantes. Otras vías de ingreso al organismo, mucho menos frecuentes, son la vía transplacentaria, sobre todo, en los casos de tuberculosis miliar o genitourinaria de la madre, que determina una tuberculosis congénita; la vía digestiva, por ingestión de leche no pasteurizada (*M. bovis*); la cutáneo-mucosa, en casos de inoculación accidental de material contaminado con micobacterias; y la inoculación vacinal y diseminación sanguínea del bacilo BCG.

Luego del ingreso por la vía aérea, durante varias semanas, por lo general, de 5 a 8 (rango de 4 a 90 días), el *M. tuberculosis* crece lentamente y sin impedimentos en el interior de los macrófagos alveolares aún inactivos. El foco de infección suele ser único, localizado en los sectores medios o inferiores del pulmón, y puede, eventualmente, diseminarse a los vértices y a otras partes del organismo (diseminación linfohematógena prealérgica). Este es el período de incubación biológica, que transcurre desde el contagio hasta que se inicia la reacción inmunológica específica.

Una vez alcanzada la carga bacilar suficiente, aparece la reacción inflamatoria y se desencadena la inmunidad celular, que frena el crecimiento bacteriano.

En la primoinfección tuberculosa, el complejo primario está compuesto por chancro de inoculación, linfangitis y adenopatía satélite. El chancro puede localizarse en cualquier parte del territorio

pulmonar; es más frecuente en la periferia y en el pulmón derecho. Su tamaño es variable, incluso puede no ser detectable por radiología; sin embargo, si la necrosis fue suficientemente intensa, puede quedar una calcificación. La linfangitis es la expresión de la propagación de la infección desde el chancro hacia los ganglios regionales.

En la mayoría de los casos, este proceso de primoinfección es controlado por la inmunidad mediada por células, aunque puede quedar un pequeño número de bacilos viables, en estado latente, dentro del granuloma. No se considera a estos individuos como enfermos, pero están en riesgo de enfermarse si no se les administra quimioprofilaxis.

Alrededor del 10% de los adultos infectados, con inmunidad normal, desarrollará una tuberculosis activa a lo largo de su vida; la mitad de ellos, en los dos primeros años luego de la infección. El riesgo de enfermarse varía con la edad: es mayor en lactantes (40%-50%) y niños menores de 5 años (15%-25%), descende entre los 5 y los 10 años, y aumenta nuevamente en los adolescentes.

El término "latente" suele aplicarse al período de incubación clínica que media entre la infección y la enfermedad tuberculosa. Se caracteriza por la ausencia de signos y síntomas de tuberculosis, y se lo reconoce por la hipersensibilidad cutánea a la tuberculina.

Cuando la respuesta del huésped frente a la infección resulta inadecuada, surge la enfermedad, puesta de manifiesto por la presencia de síntomas y signos clínicos, aunque solo puede confirmarse por el aislamiento del *M. tuberculosis*.

La tuberculosis puede desarrollarse a continuación de la primoinfección cuando fracasan los mecanismos de la inmunidad: **tuberculosis primaria**. Puede manifestarse como una forma grave (meningitis, tuberculosis miliar), pero, habitualmente, se caracteriza por presentar formas neumoganglionares o pleurales.

Sin embargo, si se considera la población general, el mayor número de casos de tuberculosis se observan varios años después de la primoinfección, durante el transcurso de la vida del infectado (**tuberculosis extraprimaria**) por reactivación endógena, si declina su inmunidad, o por reinfección exógena ante un nuevo contacto. Esto da otra forma de presentación, habitualmente cavitaria y que permite diseminar la infección en la comunidad por ser bacilífera. Esta forma clínica, también llamada tuberculosis "tipo adulto", puede observarse en niños de segunda infancia y adolescentes.

EPIDEMIOLOGÍA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, que se desarrolla en un determinado contexto de riesgo ambiental, social, sanitario e individual. Es prevenible, curable y su prevalencia tiende a disminuir naturalmente; sin embargo, en las últimas décadas, factores demográficos, socioeconómicos, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la farmacoresistencia han complicado su control.

El riesgo de infección de un sujeto depende de la cantidad de enfermos bacilíferos en la población y de factores del individuo (estado inmunitario, edad y experiencia histórica de su grupo poblacional con el bacilo). Cada paciente bacilífero puede infectar entre 10 y 16 personas por año. En poblaciones con gran cantidad de enfermos contagiantes, las mayores tasas de incidencia se observan en niños pequeños y adultos jóvenes. Por el contrario, cuando la cantidad de bacilíferos en la población es baja, la mayor incidencia se verifica en ancianos.

El mayor riesgo de infección se encuentra entre los contactos próximos al paciente bacilífero, especialmente aquellos que comparten la vivienda, lo que se agrava cuando existe hacinamiento y falta de ventilación. En estos casos, las tasas de infección pueden llegar al 60%.

La tuberculosis es una enfermedad de grupos cerrados: familias, cárceles, cuarteles, asilos, etc. Debido a la rápida inactivación del bacilo por los rayos ultravioleta, la posibilidad de contagio en espacios abiertos es baja.

Una vez infectado, el riesgo de enfermarse del individuo depende de su situación inmunológica. La progresión hacia la enfermedad es mayor cuanto más cercana es la primoinfección y disminuye con los años. Existen factores de riesgo que favorecen la transmisión del bacilo y la progresión de la infección a la enfermedad, como la edad, la inmunodepresión, el hacinamiento, la desnutrición, el estrés, el alcoholismo y las migraciones.

Desde mediados del siglo xx, se ha verificado un descenso de las tasas de morbilidad y de mortalidad debido a las mejoras en las condiciones de vida y a la introducción de medicación antituberculosa específica. Sin embargo, esta tendencia se ha modificado en las últimas décadas a partir de la aparición de la infección por VIH, por lo que esta condición se convierte en un importante factor de riesgo de enfermedad.

Si se tiene en cuenta que, con un tratamiento oportuno y adecuado, la tuberculosis se cura, la tasa de mortalidad pasa a ser un indicador útil

para evaluar los programas de control. Sin tratamiento, el 50% de los adultos enfermos de tuberculosis mueren dentro de los 2 años; de los sobrevivientes, el 25% pasa a la cronicidad y el 25% restante se cura espontáneamente.

En 2013, en Argentina, se notificaron 8974 casos nuevos de tuberculosis. La tasa nacional fue de 21,3 por 100 000 habitantes, pero muestra marcadas diferencias regionales, y se registran tasas más altas que el promedio nacional en Jujuy, Salta, Formosa, Ciudad de Buenos Aires, Chaco, Santa Cruz y provincia de Buenos Aires. La distribución de la tasa de incidencia de enfermedad según grupos de edad muestra que aumenta en menores de 5 años, adolescentes y adultos jóvenes (50% de los casos nuevos se registraron en población de entre 20 y 44 años), lo cual es característico de países con gran cantidad de pacientes bacilíferos.

Ese mismo año, se notificaron al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 844 casos nuevos en menores de 15 años (grupo pediátrico) y 854 casos nuevos en adolescentes (de 15 a 19 años). Las muertes por tuberculosis pediátrica y del adolescente en 2013 fueron de 15 y 19 casos, respectivamente.

El Plan de Trabajo para la Tuberculosis Infantil: hacia Cero Muertes, lanzado a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), UNICEF, Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), entre otros, crea conciencia sobre la necesidad urgente de abordar el tema con el compromiso de redoblar esfuerzos para evitar que los niños mueran de enfermedades que pueden prevenirse, como la tuberculosis. Centrando la atención en la necesidad de afrontar el problema, en el mes de abril de 2014, la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación han asumido el compromiso de iniciar acciones tendientes a implementar esta iniciativa en nuestro país.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de tuberculosis en la infancia se basa, habitualmente, en una fuerte presunción, que surge de la suma de elementos clínicos, radiológicos y el antecedente de contacto con un foco tuberculoso. Pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos.

Diagnóstico clínico

Anamnesis

Antecedentes de contacto: El hallazgo del foco de contagio tuberculoso es de gran ayuda para el diagnóstico en pediatría. Si, durante la anamnesis, no surge ningún enfermo de tuberculosis conocido, se debe buscar el foco bacilífero entre los contactos sintomáticos respiratorios, ya que puede tratarse de un paciente que aún no se ha diagnosticado.

Cuanto más pequeño es el niño (lactante, preescolar), mayor es la posibilidad de encontrar al caso infectante en el núcleo familiar; sin embargo, también pueden haberlo contagiado los enfermos bacilíferos no convivientes que hayan estado en contacto reiterado con él.

Una vez que se ha identificado al enfermo contagiante, se debe interrogar acerca del lugar de atención, los estudios bacteriológicos realizados, los tratamientos (drogas, duración, abandonos), la coinfección con VIH, las comorbilidades o la drogadicción.

Antecedentes personales: La vacunación con BCG previa **no descarta tuberculosis**. Se debe determinar la fecha de vacunación, la evolución del nódulo, la presencia de cicatriz.

Se debe interrogar sobre pruebas tuberculínicas previas, en busca de primoinfección no tratada o viraje tuberculínico.

Si recibió tratamientos antituberculosos o quimioprofilaxis previos, se debe determinar la fecha, las drogas, la duración, las intolerancias, los abandonos o las interrupciones.

Se deben evaluar factores de riesgo de inmunodepresión: enfermedades, como sarampión, varicela o coqueluche (en los últimos 3 meses), diabetes, desnutrición, inmunodepresión congénita o adquirida, enfermedades hematológicas, tratamiento prolongado con corticoides, inmunomoduladores o inmunosupresores.

Manifestaciones clínicas

Se debe recordar que los individuos con infección tuberculosa no son enfermos, por lo tanto, no presentan síntomas ni signos de enfermedad.

La mayoría de los niños enfermos de tuberculosis pulmonar pueden hallarse asintomáticos o con pocos síntomas. Los síntomas más comunes son los siguientes:

- Tos.
- Síndrome febril.
- Falta de apetito o anorexia.
- Pérdida de peso o falta de progreso.
- Cansancio o falta de actividad.

Los síntomas suelen persistir durante más de dos semanas sin mejorar con los tratamientos habituales para los diagnósticos diferenciales más comunes (antibióticos, broncodilatadores, dieta con adecuado aporte calórico).

El eritema nodoso o la queratoconjuntivitis flictenular pueden presentarse como manifestaciones de hiperergia a las proteínas del bacilo de Koch.

Los lactantes y niños pequeños tienen más probabilidades de presentar síntomas, como fiebre, pérdida o progreso inadecuado de peso, decaimiento y síntomas respiratorios. Estos últimos dependerán de la forma clínica y de la extensión de la lesión pulmonar. En la tuberculosis primaria, inicialmente, son escasos, pero, con el agrandamiento de los ganglios mediastínicos, pueden hallarse signos y síntomas de compresión de la vía aérea, como tos y sibilancias.

Los niños mayores y adolescentes pueden presentar formas primarias como la descrita o tuberculosis pulmonar extraprimaria, similar a la del adulto, con el clásico síndrome de impregnación bacilar (tos, astenia, anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y febrícula), semiología de cavitación a nivel pulmonar y expectoración hemoptoica o hemoptisis. Suelen tener baciloscopías de esputo positivas, por lo que se recomienda que utilicen barbijo quirúrgico (véase el anexo de bioseguridad). Sin embargo, algunos pacientes llegan a la consulta con escasa sintomatología, como tos crónica o adelgazamiento.

Diagnóstico radiológico

Radiografía de tórax

En la tuberculosis primaria, se observan, con frecuencia, adenopatías intratorácicas, sobre todo, de los grupos mediastínicos anteriores, peritracqueales e hiliares. Estas pueden ser muy ostensibles o apenas detectables. La radiografía de tórax de perfil es sumamente útil para evaluar este compromiso.

Con la progresión del foco ganglionar, puede observarse obstrucción total de la vía aérea y colapso del parénquima (atelectasia) u obstrucción parcial con efecto valvular e hiperinsuflación.

Con la progresión del foco parenquimatoso, puede observarse consolidación (neumonía) con derrame pleural o sin él, masa pulmonar, diseminación intrabronquial y consolidación multifocal o bronconeumonía, cavitación o diseminación hematogena (miliar).

La enfermedad pulmonar tipo adulto que

suele observarse en niños mayores y adolescentes se caracteriza por presentar lesiones que predominan en los lóbulos superiores con tendencia a la formación de cavernas y diseminación por el árbol bronquial hacia los campos inferiores.

Tomografía axial computada

La radiografía de tórax de frente y perfil es suficiente para realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos. En pacientes sintomáticos con radiología dudosa o no concluyente, puede realizarse el estudio tomográfico del tórax. Si se desea explorar el mediastino para buscar adenopatías, debe suministrarse contraste intravenoso.

Ecografía

Es útil para el estudio de serosas (pleura, pericardio, peritoneo) y de compromiso ganglionar.

Prueba tuberculínica

Es un método cuantitativo de medición de la reacción de hipersensibilidad retardada a las proteínas de *M. tuberculosis*. Solo evidencia el contacto previo del individuo con el bacilo. Es utilizada para lo siguiente:

- Diagnosticar infección tuberculosa en un individuo.
- Como elemento auxiliar en el diagnóstico de tuberculosis.
- Determinar la prevalencia o incidencia de la infección tuberculosa en una población (esto no es aplicable en nuestro país dada la amplia cobertura con BCG).

Dosis: La dosis estandarizada recomendada por la OMS y la UICTER es 2 UT de derivado proteico purificado (*purified protein derivative*; PPD, por sus siglas en inglés) en 0,1 ml.

Técnica de aplicación: La aplicación de la tuberculina se realiza mediante una inyección intradérmica (técnica de Mantoux). La zona apropiada para la aplicación es la cara dorsal del antebrazo, en la unión del tercio proximal con los dos tercios distales.

Lectura de la prueba: La prueba tuberculínica se debe leer entre las 48 y las 72 horas de aplicación. La lectura se limita a la induración (pápula); no se debe tener en cuenta la zona de enrojecimiento o eritema. Se determina su diámetro en milímetros (transversal en relación con el eje del brazo).

Cuando la reacción es muy intensa, puede estar acompañada de ampollas, vesículas o necrosis epidérmica en la zona de la induración. Estas cir-

cunstancias deben registrarse porque manifiestan una sensibilidad especial a la tuberculina, y debe interpretarse como una respuesta positiva.

Interpretación de los resultados: El objetivo principal de la prueba tuberculínica es distinguir entre quienes están infectados con *M. tuberculosis* y quienes no lo están.

En nuestro país, se ha adoptado como límite para considerar a un individuo infectado una prueba tuberculínica con un tamaño igual a 10 milímetros o mayor. En los individuos VIH positivos y otros inmunocomprometidos, este límite es de 5 milímetros.

Conversión o viraje tuberculínico: Se habla de conversión o viraje tuberculínico cuando un sujeto tuberculino negativo se convierte en tuberculino positivo o se presenta una diferencia de más de 10 mm entre una y otra lectura en un plazo inferior a 2 años. Se estima que esto representa una infección reciente con *M. tuberculosis*.

Falsos positivos

- Aplicación incorrecta (no es un falso positivo estricto, sino un error técnico).
- Error de lectura (ídem).
- Efecto *booster*.
- Reacción cruzada a otras micobacterias.

Falsos negativos

- Almacenamiento y aplicación incorrectos.
- Error de lectura.
- Enfermedad tuberculosa grave (anergia tuberculínica).
- Coexistencia de enfermedades virales (sarampión, varicela, VIH, enfermedad de Epstein-Barr) o bacterianas (*Bordetella pertussis*).
- Tratamientos inmunosupresores, que incluyen el uso de corticoides.
- Depleción del complemento.
- Desnutrición grave, deshidratación.
- Vacunación reciente (6 semanas) con vacunas a virus vivos.
- Recién nacido.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedades linfoproliferativas (linfomas, leucemias, sarcoidosis).

Diagnóstico bacteriológico

El diagnóstico de certeza de tuberculosis se realiza mediante el hallazgo del bacilo en el órgano afectado. Debido a que la enfermedad en edades pediátricas suele ser paucibacilar, la baciloscopia y las técnicas de amplificación de ácido desoxirribonucleico (ADN) pueden ser negativas, y el mayor rendimiento diagnóstico se obtiene con el cultivo.

Obtención de muestras

- **Espito:** La muestra se recolectará en un frasco estéril; se obtendrá, preferentemente, por la mañana y se remitirá al laboratorio lo antes posible. Es conveniente obtener de 2 a 3 muestras en días sucesivos. Siempre se deberá intentar remitir la muestra inmediatamente, aunque puede conservarse a menos de 20 °C hasta 7 días en la heladera.
- **Contenido gástrico:** El niño pequeño, habitualmente, no expectora; por consiguiente, para obtener secreciones broncopulmonares, se debe recurrir a la búsqueda del bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) en el contenido gástrico. Debe realizarse por la mañana, con 3 o 4 horas de ayuno. Se introducirá una sonda nasogástrica estéril y se aspirará el contenido gástrico (por lo general, de 5 a 10 ml). Si no se obtiene material, se instilarán de 10 a 30 ml de agua destilada y se aspirará nuevamente. La muestra obtenida debe ser procesada lo antes posible. Si esto no se puede hacer en el plazo de 4 horas, se debe neutralizar la acidez con 3 ml de bicarbonato de sodio 1 M o 100 mg de carbonato de calcio. La demora en el procesamiento de la muestra determina un mayor riesgo de contaminación y un menor rendimiento. Es conveniente enviar 2 o 3 muestras en días sucesivos.
- También podrá recurrirse a la técnica de “esputo inducido”, que se lleva a cabo por medio de la nebulización previa con solución salina hipertónica. En este caso, se debe administrar previamente un broncodilatador (salbutamol) para disminuir el riesgo de sibilancias. Como es una muestra muy salivosa, se debe aclarar que se remite “esputo inducido”.
- **Otras muestras:** Todas las muestras extrapulmonares deben cultivarse. En el caso de la orina, se obtendrán 2 muestras en días consecutivos o día por medio, y debe remitirse el mayor volumen posible (incluso, recolección de varias micciones). La muestra debe ser procesada inmediatamente porque el pH ácido afecta la viabilidad del bacilo. En la tuberculosis ganglionar periférica, puede obtenerse material por punción-aspiración o biopsia. Si el ganglio drena espontáneamente, se aspirará el material con solución salina y técnica estéril. No deben usarse hisopos o torundas de algodón. En las muestras de tejidos o biopsias, debe evitarse la desecación agregando agua destilada estéril. El líquido cefalorraquídeo (LCR) debe procesarse de

inmediato o conservarlo a 4°C por no más de 12 horas.

Examen microbiológico directo: baciloscopía

Es un método de detección rápida. En el laboratorio, se realiza un extendido del material y, mediante coloración de Ziehl-Neelsen, se puede evidenciar la presencia de BAAR en las muestras de cualquier líquido o tejido. Requiere 15 minutos para su lectura. Además de su valor diagnóstico, este procedimiento tiene importancia epidemiológica, puesto que detecta a los pacientes bacilíferos, fuente de transmisión de la enfermedad. Tiene menor sensibilidad que el cultivo, ya que, para obtener un resultado positivo, requiere que la muestra presente, como mínimo, 5000-10000 bacilos/ml. Su especificidad es baja, dado que no diferencia otras micobacterias. Otra técnica de coloración utiliza auramina-rodamina. Requiere un microscopio de fluorescencia, pero reduce el tiempo de identificación del germen a 1 o 2 minutos. De todas maneras, se debe realizar la confirmación de BAAR por medio de la coloración clásica (Ziehl-Neelsen).

Para la información de los resultados, se debe seguir un método estandarizado (Organización Panamericana de la Salud –OPS–), que informe las baciloscopías en cruces (*Tabla 1*).

Cultivo

Es el método de elección para el diagnóstico e identificación del bacilo. Es la técnica de mayor sensibilidad en la detección de *M. tuberculosis* por requerir la presencia de 10 a 100 bacilos/ml en la muestra para obtener un resultado positivo.

- **Cultivo tradicional:** Los medios de Löwenstein-Jensen y Stonebrink son los más utilizados y seguros, aunque se requieren entre 4 y 8 semanas para aislar el germen y otras 3-4 semanas para realizar las pruebas de sensibilidad.
- **Técnicas automatizadas:** Los métodos fluorométricos, como el MGIT 960, y los colorimétricos, como el MB BactAlert, permiten disminuir a 10-15 días las primeras lecturas positivas, reducir el tiempo de estudio de sensibilidad a drogas y diferenciar rápidamente entre micobacterias tuberculosas y otras micobacterias. Sus desventajas son el mayor costo, la mayor complejidad en los aparatos de bioseguridad y la mayor contaminación.

Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos

Estas técnicas permiten la detección rápida (en pocas horas) de muestras positivas para tubercu-

losis, aún con escaso número de bacilos por mililitro de muestra, pero no reemplazan el cultivo y no deben solicitarse sistemáticamente.

Xpert MTB/RIF: Es una prueba rápida que detecta tanto el bacilo como la resistencia a la rifampicina en el mismo estudio. Este método purifica, concentra, amplifica mediante una prueba de reacción en cadena de polimerasa (*polymerase chain reaction*; PCR, por sus siglas en inglés) e identifica secuencias de ácido nucleico específicas del genoma de *M. tuberculosis*. Los resultados se obtienen a partir de muestras de esputo en menos de 2 horas. La OPS/OMS recomiendan su uso en adultos y niños para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. **Un resultado negativo no descarta la enfermedad.**

Otros métodos de diagnóstico

- **Métodos de diagnóstico serológico:** Las técnicas denominadas *Interferon Gamma Release Assays* (IGRAs) se basan en la medición de interferón gama producido por linfocitos T sensibilizados frente a *M. tuberculosis* o en la determinación del número de células que lo producen. Miden la respuesta inmune a antígenos específicos del *M. tuberculosis*, por lo que la vacunación con BCG previa no produce falsos resultados positivos (puede dar reacciones cruzadas con *M. kansasii*, *M. szulgai* y *M. marinum*). Al igual que la prueba tuberculínica, un resultado de IGRA positivo no diferencia la infección de la enfermedad tuberculosa, y un resultado negativo tampoco la descarta. No ha demostrado ventajas para el diagnóstico de tuberculosis con respecto a la PPD.
- **Detección de adenosin deaminasa (ADA):** Refleja la presencia de linfocitos T activados que producen la enzima adenosin deaminasa. Dado que la prueba no detecta ningún componente específico del bacilo ni de la respuesta inmune, solo puede ser utilizada como un complemento de los resultados de otros exámenes clínicos y bacteriológicos. Es necesario descartar otras enfermedades que también pueden estimular la producción de esta enzima, como linfomas, enfermedades reumatológicas y neoplasias.

Un valor elevado de ADA en una muestra de *líquido pleural* claro con predominio de linfocitos puede contribuir al diagnóstico de tuberculosis. El valor de corte establecido para los líquidos pleurales es de 60 U/l, ya que el nivel de

ADA es mayor a ese valor en alrededor del 80% de los pacientes con tuberculosis pleural. Puede realizarse la determinación de ADA *en otras serosas*: en el LCR, el valor de corte para tuberculosis es mayor de 10 U/L y, en líquido ascítico, de 40 U/L.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15% y el 20% de todas las formas de tuberculosis; en la asociación con VIH/sida, la proporción es mayor.

Las formas extrapulmonares más frecuentes en nuestro país son la pleural, ganglionar y, en menor medida, meníngea, miliar, abdominal y osteoarticular.

Pueden acompañarse de tuberculosis pulmonar en actividad de cualquier magnitud o de lesiones pulmonares o ganglionares mediastinales curadas (calcificaciones, cicatrices fibróticas).

Los síntomas generales de la tuberculosis extrapulmonar son similares a los de la pulmonar. A estos síntomas y signos se agregan los específicos para cada localización, por ejemplo:

- Agrandamiento no doloroso de ganglios linfáticos, con o sin fistulización.
- Deformidad de la columna vertebral (giba).
- Meningitis a líquido claro con aumento de la presión intracraneal.
- Derrame pleural.
- Derrame pericárdico.
- Distensión abdominal con ascitis.

Debido al escaso número de bacilos presentes en las localizaciones extrapulmonares, tienen menor proporción de confirmación bacteriológica que las formas pulmonares. Dependiendo del órgano afectado, el cultivo confirma entre un 20% y un 80% de los casos; sin embargo, aun cuando su rendimiento sea bajo, siempre debe realizarse el examen microbiológico directo y el cultivo de líquidos y muestras de tejidos relacionados con el sitio de localización sospechoso.

En la tuberculosis extrapulmonar, la anatomía patológica de biopsias tisulares y los exámenes de laboratorio, como la prueba de ADA, constituyen un aporte valioso para el diagnóstico (*Tabla 2*).

TUBERCULOSIS EN EL RECIÉN NACIDO

La presentación clínica de la tuberculosis en esta etapa de la vida es inespecífica y, por lo general, de compromiso multiorgánico (pulmones, hígado, sistema nervioso central). Los neonatos

son particularmente vulnerables para el desarrollo de enfermedad grave diseminada aguda y puede semejar sepsis, por lo que resulta fundamental para sospecharla el antecedente epidemiológico.

La tuberculosis puede adquirirse durante la etapa perinatal:

- Por vía transplacentaria, hematógena, ingresando al hígado del feto a través de la vena umbilical.
- Por aspiración o ingestión de líquido amniótico o secreciones cervicovaginales infectados.
- Por vía inhalatoria, por el contacto con enfermos bacilíferos cercanos (familiares, otras pacientes o personal de Neonatología).

Si la mujer embarazada presenta síntomas de tuberculosis, no debería postergarse el diagnóstico, especialmente en las pacientes sintomáticas respiratorias. Siempre que se sospeche la transmisión de la madre enferma al niño, se debe realizar el estudio bacteriológico de la placenta.

La tuberculosis congénita es la que se adquiere por las dos primeras vías mencionadas; suele presentarse en las primeras semanas de vida y la mortalidad es alta.

La tuberculosis neonatal es la adquirida después del nacimiento a través de la exposición a un caso bacilífero.

Generalmente, es difícil distinguir entre tuberculosis congénita y neonatal, pero el manejo es el mismo. En ambos casos, los síntomas son inespecíficos e incluyen letargo, fiebre, mala actitud alimentaria, bajo peso al nacer y poco aumento de peso. Los signos clínicos también son inespecíficos y pueden incluir dificultad respiratoria, neumonía sin respuesta al tratamiento, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, distensión abdominal con ascitis o un cuadro clínico de "sepsis neonatal" con tuberculosis diseminada. Se deben tomar las muestras para enviar a cultivo y confirmar el diagnóstico (contenido gástrico, LCR, orina, etc.), descartar comorbilidades, como el VIH, e iniciar el tratamiento correspondiente a una forma grave de tuberculosis diseminada.

El recién nacido asintomático, de madre con tuberculosis activa, debe ser estudiado y, luego de determinar que no está enfermo, recibir quimioprofilaxis con isoniácida (10 mg/kg/día) durante 6 meses y controlarlo regularmente para asegurarse de que no desarrolle enfermedad. Se debe controlar la aparición del nódulo de BCG: si aparece precozmente, confirma el contacto con el bacilo tuberculoso previo a la vacunación.

FORMAS CLÍNICAS

Infección tuberculosa (primoinfección)

Es el primer contacto fértil del bacilo tuberculoso con el organismo; pone en marcha el mecanismo inmunológico correspondiente y se observa PPD positiva o viraje tuberculínico (entre 3 y 8 semanas después del ingreso del bacilo). No presenta manifestaciones de enfermedad, solo prueba tuberculínica positiva. En el 90%-95% de los casos, la curación se produce en forma espontánea.

Aunque, por razones de organización del texto, este apartado se encuentre aquí, se debe recordar que los infectados no son enfermos, por lo que no corresponde su notificación como tal. Como su riesgo de enfermarse está aumentado, deben recibir quimioprofilaxis.

Forma moderada (o común)

Pueden presentar síntomas respiratorios, aunque, con frecuencia, los pacientes son asintomáticos y se diagnostican al realizar el catastro familiar; es decir, al estudiar los contactos del enfermo bacilífero detectado (caso índice). La prueba tuberculínica es positiva y la radiografía de tórax, patológica. La lesión parenquimatosa es pequeña; en general, se acompaña con adenopatías hiliares o mediastinales. En esta forma, el complejo primario debe carecer de atelectasia, reacción perifocal significativa y lesiones extendidas. También se consideran formas moderadas de tuberculosis las localizaciones extrapulmonares no graves, sin compromiso pulmonar: ganglionar periférica única, pleural unilateral y reacciones de hiperergia, como el eritema nodoso y la queratoconjuntivitis flictenular.

Forma grave

Los pacientes son sintomáticos, la radiografía es patológica y la prueba tuberculínica es positiva, aunque puede ser negativa si el paciente se encuentra en estado de anergia.

Pertenecen a este grupo la tuberculosis miliar, pulmonar progresiva (broncogénica y cavitaria) y las formas pulmonares complicadas con atelectasia, perforación gangliobronquial y perforación ganglioesofágica (excepcional). También se considera grave la tuberculosis asociada a enfermedades que alteran las condiciones inmunológicas (colagenopatías, diabetes y enfermedades inmunodepresoras) y la tuberculosis extrapulmonar ganglionar diseminada, osteoarticular, genitourinaria, abdominal, pericárdica, meníngea, el empiema o la pleural bilateral.

TRATAMIENTO

Actualmente, todos los enfermos de tuberculosis tienen posibilidades de curarse, pero, a pesar del notable poder de la quimioterapia, las tasas de curación no son satisfactorias. El éxito del tratamiento depende de un diagnóstico acertado, la elección adecuada del esquema terapéutico, la correcta dosificación de las drogas y el cumplimiento. La administración del tratamiento debe ser supervisada en todo momento. El estímulo y la facilitación de la adherencia al tratamiento son esenciales para lograr el éxito.

Los objetivos del tratamiento de la tuberculosis son los siguientes:

- Curar al paciente y recuperar/mejorar la calidad de vida.
- Prevenir la muerte por tuberculosis activa o sus secuelas.
- Prevenir la recaída de tuberculosis.
- Reducir la transmisión de tuberculosis en la población.
- Prevenir el desarrollo y la transmisión de tuberculosis resistente a drogas.

Fármacos

Se pueden distinguir tres aspectos funcionales de la acción de los medicamentos antituberculosos: la actividad bactericida precoz (destrucción rápida de gran cantidad de bacilos que se multiplican activamente), la actividad esterilizante (destrucción de poblaciones de bacilos que se multiplican de manera lenta e intermitente) y la prevención de la aparición de resistencia a la medicación. Una misma droga puede ser excelente en una de estas funciones y mediocre en otras.

Las poblaciones de *M. tuberculosis* de multiplicación rápida son las que tienen mayor número de mutantes resistentes naturales. Por su gran magnitud, determinan la gravedad de la enfermedad, las diseminaciones y la eliminación de gran número de bacilos al exterior. Al destruir los bacilos resistentes, las drogas esterilizantes disminuyen el riesgo de aparición de recaídas.

Los medicamentos antituberculosos empleados en la actualidad cumplen, en su conjunto, con los siguientes requisitos:

- Potencia bactericida contra los bacilos metabólicamente activos.
- Actividad esterilizante contra los bacilos de metabolismo semiactivo y persistentes.
- Prevención de la selección de bacilos resistentes durante el tiempo del tratamiento.

Como no se conoce ningún agente quimioterápico que posea en sí mismo todas estas propie-

dades, se deben utilizar tres o cuatro drogas en forma combinada en los primeros dos meses (fase inicial intensiva) para eliminar la mayor parte de la población bacilar rápidamente y obtener la negativización bacteriológica en el plazo más breve posible. En los meses restantes (fase de continuación), se administran, por lo menos, dos drogas, cuyo objetivo es reducir el número de bacilos persistentes a fin de evitar recaídas después de haber finalizado el tratamiento.

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis son isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), estreptomycin (S) y etambutol (E).

H y R son las drogas más efectivas y previenen la aparición de cepas emergentes resistentes. Salvo situaciones excepcionales, estos dos fármacos deben estar presentes en todo esquema inicial; su asociación con pirazinamida ha permitido abreviar el tratamiento de las formas graves.

Otro elemento para tener en cuenta en el tratamiento es la elección de drogas convenientes para el uso intermitente. Esto se relaciona con la capacidad de recuperación de los bacilos, que, una vez expuestos a las drogas, tardan hasta 5 días en reiniciar su reproducción. H, R, Z, S y E son aptas para uso intermitente.

Existen otras drogas antituberculosas que solo están indicadas en caso de intolerancia grave a alguna de las drogas de primera línea o resistencia comprobada (Tabla 3). Pueden ser más tóxicas, menos eficaces, más caras e inducir rápidamente resistencia; su empleo debe consultarse con centros especializados con experiencia en su manejo que concentren este tipo de pacientes.

Isoniácida: Bactericida intracelular y extracelular. Buena absorción por vía oral, con rápido inicio de acción. Excelentes niveles terapéuticos en el LCR, el caseum y las cavernas. De todos los fármacos esenciales, la H es la más económica, mejor tolerada y más potente. Debe incluirse en todos los regímenes ordinarios.

- **Presentación:** comprimidos de 100 y 300 mg.
- **Dosis:** 10 mg/kg/día (rango: 7-15* mg/kg/día); no deben superarse los 300 mg/día.* Según estudios de farmacocinética realizados en niños pequeños, se aconseja utilizar las dosis mayores (15 mg/kg/día) en los menores de 2 años (acetiladores rápidos). En los regímenes intermitentes (trisemanal), la dosis debe ser de 10 mg/kg/día (máximo de 600 mg/dosis) tanto en adultos como en niños.
- **Vía de administración:** oral.

- Se debe suplir la administración con 5-10 mg/día de piridoxina en embarazadas, desnutridos y VIH positivos.

Rifampicina: Bactericida intracelular y extracelular, con un inicio de acción muy rápido. El porcentaje de mutantes resistentes es muy bajo en las cepas salvajes.

- *Presentación:* cápsulas o comprimidos de 150 y 300 mg. Suspensión (5 ml = 100 mg).
- *Dosis:* 10-15 mg/kg/día por vía oral, en ayunas. Dosis máximas de 600 mg/día. No se modifica la dosis en el tratamiento intermitente.
- *Vía de administración:* oral.

Pirazinamida: Bactericida en el ambiente ácido dentro de los macrófagos. Tiene alto poder esterilizante. La importancia de su acción durante las primeras semanas del tratamiento radica en que contribuye a la destrucción de los bacilos intracelulares y a la prevención de las recaídas. Tiene muy buena concentración en el LCR, por lo cual su inclusión es imprescindible en los esquemas para tratar la meningitis tuberculosa.

- *Presentación:* comprimidos de 250 mg y 500 mg.
- *Dosis:* 25-35 mg/kg/día, hasta un máximo de 2000 mg/día.
- *Vía de administración:* oral.

Etambutol: Bacteriostático. Penetra bien en el LCR en presencia de meninges inflamadas.

- *Presentación:* comprimidos de 400 mg.
- *Dosis:* 20 mg/kg/día (rango: 15-25 mg/kg/día), hasta un máximo de 1200 mg/día.
- *Vía de administración:* oral.

Estreptomina: Bactericida en el medio alcalino extracelular. Actúa sobre los bacilos que se multiplican con rapidez, en especial, los que se encuentran sobre las paredes de las cavidades. Por su mecanismo de acción, puede ser muy útil de las primeras cuatro a ocho semanas de tratamiento en las lesiones cavitarias, que contienen muchos de estos bacilos. La nefro y la ototoxicidad la desplazan a droga de segunda línea. No atraviesa meninges sanas.

- *Presentación:* liofilizado, en frasco-ampolla de 1 g.
- *Dosis:* 15-20 mg/kg/día, con una dosis máxima de 1 g. La dosis es la misma en los regímenes diarios y en los intermitentes.
- *Vía de administración:* intramuscular.

Medicamentos combinados

La aceptación de los medicamentos, al igual que la tolerancia a ellos por el paciente, es de suma importancia para cumplir el tratamiento, por lo que la asociación de los tres medicamentos básicos para la primera fase (HRZ) y de los dos utilizados en la fase de mantenimiento (HR) en un solo preparado farmacéutico disminuye sustancialmente el número de comprimidos, aumenta el cumplimiento y, en consecuencia, facilita la curación del paciente. Además, impide el abandono selectivo de uno o más medicamentos y su consecuencia, la farmacoresistencia y la tuberculosis crónica. También disminuye el riesgo de que se emplee rifampicina de manera aislada para otras enfermedades diferentes a la tuberculosis.

Existen tres asociaciones: H-R, H-R-Z y H-R-Z-E en comprimidos. Estas asociaciones deben cumplir los requerimientos de la OMS sobre biodisponibilidad. La posología se determinará sobre la base de la dosis de isoniacida.

Isoniacida-rifampicina

Cada tableta contiene 300 mg de rifampicina y 150 mg de isoniacida.

Isoniacida-rifampicina-pirazinamida

Cada tableta contiene 75 mg de isoniacida, 150 mg de rifampicina y 400 mg de pirazinamida.

Isoniacida-rifampicina-pirazinamida-etambutol

Cada tableta contiene 75 mg de isoniacida, 150 mg de rifampicina, 400 mg de pirazinamida, 275 mg de etambutol.

Modalidades de tratamiento

Existen dos modalidades de tratamiento: el directamente observado y el autoadministrado.

En todos los casos, se deberá tener en cuenta que se recomienda la administración de las drogas en una sola toma diaria, en ayunas. Se debe recordar que las dosis diarias no son iguales para los tratamientos diarios y los intermitentes.

Tratamiento directamente observado

Es la modalidad de elección. Significa que el enfermo toma los medicamentos bajo la observación de otra persona, el "supervisor del tratamiento" (miembros del equipo de salud, maestros, policías o personas que tengan representatividad en la comunidad a la que pertenece el enfermo), quien tiene la responsabilidad de garantizar su ingestión. El supervisor debe haber recibido capacitación adecuada. Este procedimiento asegura que el paciente tome los medicamentos prescritos

en las dosis e intervalos indicados. Con el tratamiento directamente observado (TDO), también se evita que el enfermo tenga que realizar largos recorridos para tomar los medicamentos, ya que el tratamiento se lleva a un lugar cercano al domicilio, donde la persona que observa registra su asistencia, lo que permite llevar un control de las posibles deserciones y actuar con rapidez para recuperar al enfermo. Es importante que el TDO sea aceptado por el paciente y que esté de acuerdo con el lugar en que lo recibirá y con el supervisor asignado, ya que se prolonga por varios meses. También es importante que el personal de salud en general y el supervisor en particular estimulen el cumplimiento mediante el buen trato y las explicaciones sencillas.

Tratamiento autoadministrado

Esta modalidad implica el suministro periódico de la medicación al paciente, quien pasa a ser el único responsable de su correcta ingestión. Permite una deserción muy elevada y, consecuentemente, promueve el aumento de la resistencia. Por esta razón, el tratamiento debe ser supervisado. Cuando no pueda ser supervisado por personal de salud, se deberá identificar a alguna persona del entorno del paciente que se responsabilice de supervisarlos. En esta modalidad, nunca se debe indicar un régimen intermitente.

Fases del tratamiento antituberculoso

El tratamiento de la tuberculosis consta de dos fases. La primera (fase intensiva) está dirigida a esterilizar rápidamente las lesiones e impedir la transmisión de la enfermedad. Esta fase dura dos meses; el tratamiento debe ser continuo (diario) y se utilizan no menos de tres drogas.

La segunda (fase de continuación) dura no menos de cuatro meses; se utilizan dos drogas y permite el tratamiento intermitente (trisemanal) bajo la modalidad TDO.

Esquemas de tratamiento antituberculoso

Sobre la base de lo expuesto en apartados anteriores, se establecen esquemas de tratamiento adecuados a la gravedad de las diferentes formas clínicas (*Tabla 4*). Si el paciente tiene más de una localización de la tuberculosis, se debe indicar el esquema de tratamiento de la localización de mayor gravedad.

Controles durante el tratamiento

Clínico

El control clínico periódico es importante pa-

ra monitorear la toxicidad, la adhesión y la eficacia del tratamiento. Deberá ser quincenal en la primera fase y mensual en la segunda. Debe incluir examen físico, control de peso, monitoreo de reacciones adversas y tolerancia a fármacos, cumplimiento del tratamiento y control de contactos.

Laboratorio

Como los porcentajes de reacciones adversas son bajos, el monitoreo rutinario de laboratorio, enzimas hepáticas y ácido úrico no es imprescindible. En casos de tuberculosis grave, especialmente meningitis y enfermedad diseminada, debe realizarse el monitoreo hepático en los primeros meses del tratamiento.

Radiología

Las imágenes radiológicas pueden tardar varios años en resolverse y algunas persisten como secuelas. Una vez que se haya completado el esquema terapéutico con recuperación clínica y bacteriológica, no es indispensable una radiografía de tórax normal para dar por finalizado el tratamiento. Como regla general, se sugiere radiografía de tórax inicial, a los dos meses y al finalizar el tratamiento.

Bacteriológico

En los casos con baciloscopías positivas o con lesiones pulmonares extensas, se debe solicitar baciloscopía y cultivo inicial, baciloscopía al finalizar el segundo mes (antes de pasar a la segunda fase y, si el resultado es positivo, se debe realizar cultivo y prueba de sensibilidad) y baciloscopía al final del tratamiento.

Los niños con baciloscopía positiva de lavado gástrico o broncoalveolar (BAL) no deberían someterse a nuevos procedimientos para realizar estudios microbiológicos si tienen buena evolución clínica y radiológica.

Tratamiento en situaciones especiales

Embarazo y lactancia

La mayoría de los medicamentos antituberculosos son seguros para ser utilizados en una embarazada. La excepción es la estreptomycin, que, por ser ototóxica para el feto, no debe ser utilizada.

Las drogas antituberculosas no contraindican la lactancia. Si la madre es bacilífera o inicia el tratamiento, los niños deben recibir quimioprofilaxis y la madre debe utilizar barbijo.

En todas las mujeres embarazadas o en pe-

río de lactancia que están tomando isoniácida, se recomienda un suplemento de piridoxina (25 mg/día).

Antecedentes de hepatopatía

En pacientes con enfermedad hepática avanzada o insuficiencia hepática, debe realizarse un examen de la función hepática antes de iniciar el tratamiento. Si el nivel de transaminasas es mayor de tres veces el valor normal al inicio del tratamiento, deben emplearse regímenes con drogas de menor toxicidad hepática:

- *Fase inicial:* 6 meses de S, E, levofloxacina (Lfx) y cicloserina (Cs).
- *Fase de continuación:* 18 meses de E, Lfx y Cs.

Si la situación clínica y funcional lo permite, se puede intentar incorporar al esquema R y/o H, lo cual posibilita acortar la duración del tratamiento. Se recomienda consultar a un experto en tuberculosis para tratar a pacientes con enfermedad hepática avanzada o inestable.

Se debe realizar un monitoreo clínico y exámenes de la función hepática a los pacientes con enfermedad hepática preexistente durante el tratamiento.

Insuficiencia renal

A todos los pacientes con enfermedad renal se les debe solicitar un *clearance* de creatinina de 24 horas. En pacientes que se encuentren en diálisis, se debe administrar el tratamiento antituberculoso al terminar cada sesión.

La H y la R son metabolizadas por el hígado y se eliminan por vía biliar, de modo que pueden administrarse en las dosis e intervalos habituales en los pacientes con insuficiencia renal grave. La Z también es metabolizada por el hígado, pero sus metabolitos pueden acumularse en pacientes con insuficiencia renal avanzada (con un *clearance* menor de 30 ml/min) o con hemodiálisis; en esos casos, la frecuencia de la Z no debe ser diaria, sino trisemanal, en dosis de 25 mg/kg. El esquema sería 2HRZ₃/6HR.

El E es excretado por el riñón, y se debe ajustar la dosis según el *clearance* (con filtrado de 10-49 ml/min: 50%-100% de la dosis; < 10 ml/min, y hemodializados: 25%-50% de la dosis).

La S debería evitarse en pacientes con falla renal, por riesgo aumentado de nefro y ototoxicidad. Si la S debe ser usada, la dosis es de 15 mg/kg, 2 o 3 veces por semana, máximo de 1 gramo por dosis, y, de ser posible, se deben controlar los niveles séricos.

Corticoides en el tratamiento de la tuberculosis

La acción antiinflamatoria de los corticoides puede evitar situaciones o secuelas graves, por lo que debe recomendarse en las siguientes circunstancias:

- **Tuberculosis meníngea y pericárdica.**
- **Adenopatía que cause atelectasia o compresión de la vía aérea, que se acompañe de manifestaciones clínicas (disnea o sibilancias).**
- **Derrame pleural con repercusión sobre la función respiratoria.**
- **Forma miliar con insuficiencia respiratoria.**
- **Forma grave y tóxica con repercusión en el estado general.**

La droga recomendada es prednisona, a razón de 1-2 mg/kg/día (o dosis equivalente de otros corticoides) durante 3-4 semanas, y se debe suprimir en forma progresiva.

Efectos adversos e interacciones medicamentosas

Si bien todas las drogas antituberculosas pueden originar efectos adversos y hasta el 10% de los pacientes tratados pueden presentarlos, la mayoría cumple su tratamiento sin inconvenientes serios (Tabla 5).

Las drogas antituberculosas, frecuentemente, presentan interacciones con otras medicaciones; algunas de ellas pueden ser muy significativas (Tabla 6).

Manejo de las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos

Se debe realizar un seguimiento clínico con el fin de detectar y manejar en forma oportuna los efectos adversos a la medicación. Es necesario descartar que las manifestaciones se deban a algún cuadro intercurrente. Las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos pueden ser menores (normalmente, no es necesario suspender el tratamiento antituberculoso) o mayores (por lo general, requieren la suspensión del tratamiento).

Manejo de las reacciones cutáneas

Las reacciones de hipersensibilidad, generalmente, suelen aparecer en forma precoz, a menudo, dentro de la primera fase del tratamiento.

Si el paciente presenta picazón o prurito sin exantema y no hay otra causa evidente, se debe tratar sintomáticamente con antihistamínicos y humectación de la piel, y continuar con el tratamiento antituberculoso observando al paciente en

forma cercana. Si desarrolla exantema cutáneo, se deben suspender todas las drogas antituberculosas y evaluar el compromiso de otros órganos, como hígado, riñón, o alteraciones hematológicas.

Una vez que la reacción se resuelva, se deben reintroducir las drogas antituberculosas de a una por vez, comenzando por la menos probable de ser la causante de la reacción (H o R) en la menor dosis y aumentando progresivamente en 3-5 días. Se debe continuar el procedimiento añadiendo una droga por vez. Si aparece una reacción luego de agregar alguna droga, se identifica su causante y no se debe continuar administrándola. De ser necesario, se debe rotar a algún régimen alternativo (se debe consultar con un experto en tuberculosis).

Si el exantema se acompaña de fiebre y compromiso sistémico, se debe internar al paciente y descartarse síndrome de reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*; DRESS, por sus siglas en inglés).

Manejo de la hepatitis inducida por drogas

Los medicamentos de primera línea que pueden causar hepatitis inducida por drogas son Z, H y R. Además, esta última puede dar ictericia asintomática sin hepatitis (colestasis).

Ante un paciente que desarrolle ictericia, acompañada de síntomas clínicos y alteraciones de laboratorio características de hepatitis durante el tratamiento, se deben suspender todos los medicamentos y descartar otras causas posibles, por ejemplo, infecciones virales.

Se pueden tolerar aumentos de transaminasas de hasta 5 veces el valor normal siempre que el paciente se mantenga asintomático, pero, en presencia de síntomas, un aumento de transaminasas de 3 veces sobre el valor normal indica que hay que suspender el tratamiento de inmediato.

Se debe controlar al paciente hasta que el hepatograma vuelva a valores normales y los síntomas se resuelvan. Una vez que esto se logre, se deben reintroducir las drogas de a una por vez, comenzando por E, luego de una semana de tolerancia reintroducir la R, después la H y, finalmente, agregar Z. Si la hepatitis ha sido grave, se puede prescindir de esta última. Si los síntomas recurrentes o hay un aumento de las transaminasas, se debe suspender la última droga introducida.

Al reintroducir los fármacos, se debe comenzar con dosis bajas, con un incremento progresivo a lo largo de los días hasta llegar a dosis plenas al

final de la semana. Se deben solicitar pruebas de la función hepática cada 3 días aproximadamente.

Existen dos situaciones en las que se debe indicar un régimen alternativo con E, S y Lfx. Una de ellas es cuando el paciente tiene una tuberculosis avanzada y no es conveniente suspender el tratamiento; la otra, cuando los síntomas y signos de hepatitis no mejoran con la suspensión de la medicación.

Se debe consultar a un experto en tuberculosis para el manejo de estos casos, así como ante situaciones que requieran regímenes alternativos.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis facilita la consulta de estos casos al Comité de Expertos en Retratamiento (CONAER) a través de la siguiente dirección de correo electrónico: pnctb.ar@gmail.com.

PREVENCIÓN

En los programas de control de la tuberculosis, existen tres estrategias principales de prevención:

1. Búsqueda activa de casos y su tratamiento oportuno para reducir las fuentes de infección.
2. Vacunación con BCG para disminuir la susceptibilidad a la infección.
3. Quimioprofilaxis secundaria a todo paciente infectado con riesgo de enfermarse y quimioprofilaxis primaria a los contactos de alto riesgo expuestos a un enfermo bacilífero.

Vacuna con bacilo de Calmette-Guérin

Esta vacuna está desarrollada a base de *Mycobacterium bovis* vivo atenuado. El *M. bovis*, al igual que *M. tuberculosis*, son patógenos intracelulares y la inmunidad que desarrollan es fundamentalmente de tipo celular. El efecto de la vacuna es limitar la multiplicación de bacilos tuberculosos y su diseminación hematogena tras la infección primaria. No actúa sobre la reinfección exógena y no está comprobado su papel en la reactivación endógena. Aplicada al nacer, su mayor efecto protector se ejerce sobre las formas graves diseminadas, miliar o meníngea.

La vacuna BCG es la más difundida en el mundo. Está incorporada al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) desde 1974. Se puede aplicar junto con otras vacunas. La duración del efecto protector no se conoce con certeza, aunque se estima que es de alrededor de 10 años.

Características de la vacuna

La vacuna BCG es una preparación liofilizada, constituida por bacterias vivas obtenidas de

un cultivo de bacilos bovinos atenuados (bacilo de Calmette-Guérin). Esta cepa tiene disminuida la virulencia, pero conserva la capacidad para proteger contra la tuberculosis, crear sensibilidad a la tuberculina y dejar cicatriz en la mayoría de los vacunados.

Se presenta liofilizada en frasco-ampolla de 10, 20 o más dosis y ampollas de 1 a 2 ml o más; se debe reconstituir con la cantidad de diluyente indicada por el laboratorio productor. Una vez reconstituida, debe ser utilizada dentro de las 8 horas, es decir, en la jornada de trabajo.

La potencia de la vacuna depende de la cepa utilizada, de la dosis y de la correcta conservación y manejo. Se requiere un sistema de refrigeración y vigilancia permanente de la temperatura hasta su uso, antes de que expire la fecha de vencimiento. No se debe exponer la vacuna a la acción de la luz solar ni otra fuente de rayos ultravioleta. Actualmente, el método de preparación está estandarizado; la OMS es la responsable del control de la calidad de la vacuna.

Técnica de aplicación

La dosis por aplicar es de 0,1 ml en todas las edades, en inyección intradérmica, un centímetro por debajo de la inserción inferior del músculo deltoides, en la línea media de la cara externa del brazo (en la unión del tercio superior con el tercio medio). Debe producir una pápula aplanada, pálida, de bordes netos y aspecto de "cáscara de naranja". Se usará solamente alcohol como antiséptico.

Evolución de la lesión vaccinal

La pápula desaparece rápidamente. A las dos o tres semanas, se desarrolla un nódulo, que llega a su máximo tamaño (10 mm) hacia la cuarta semana, y aparece una costra, que se desprende y deja una pequeña úlcera. Esta puede supurar hasta dos o tres meses, luego de los cuales queda una cicatriz plana, blanquecina, ligeramente deprimida, de 4 a 7 mm de diámetro. No se aplicarán antisépticos o apósitos en la zona. Un 5%-10% de los vacunados no presentan cicatriz y esto no indica que hay que revacunar al paciente si existe certificación de colocación de la vacuna.

Esquema de vacunación

La vacunación inicial se efectuará en todo recién nacido con peso de nacimiento de 2000 g o más antes de salir de la maternidad.

No hay evidencia de que la revacunación con BCG aporte protección adicional.

Los niños de 1 mes de vida a 6 años que no hubieran sido vacunados con BCG al nacer (sin cicatriz y/o registro de vacunación) se vacunarán una vez descartada la tuberculosis, siempre que no presenten alteraciones inmunológicas.

Niños infectados por virus de inmunodeficiencia humana

La BCG está contraindicada en los pacientes infectados por VIH debido a la mayor frecuencia de efectos adversos locales y de diseminación en esta población. La eventual ventaja de prevención de una forma grave de tuberculosis no compensa el riesgo de eventos adversos graves, aun en niños con VIH asintomáticos.

En el niño expuesto perinatalmente al VIH, para la aplicación de la vacuna BCG, se debe considerar lo siguiente:

- Las intervenciones realizadas para la prevención de la transmisión vertical, con riesgo menor del 2% con profilaxis efectiva.
- El riesgo de infección por *M. tuberculosis* (epidemiología local).
- La accesibilidad a los métodos de diagnóstico para la infección por VIH.
- La posibilidad de seguimiento clínico y de laboratorio.

Los niños con dos estudios virológicos negativos (uno de los cuales se haya realizado después del primer mes de vida) pueden recibir la vacuna BCG si no fueron alimentados a pecho. Si no se dispone de metodología para realizar la evaluación en los primeros meses de vida, se considerará la vacunación teniendo en cuenta los riesgos y beneficios.

Los niños VIH positivos que hubiesen recibido la vacuna BCG al nacer deben ser seguidos en forma estrecha para poder identificar y tratar precozmente cualquier complicación relacionada con dicha vacuna.

Complicaciones

Las reacciones locales, úlcera mayor de 8 mm y/o persistencia superior a los 4 meses, adenopatías axilares, supraclaviculares y/o cervical del mismo lado de la vacunación, no suelen ser consideradas como complicaciones.

Las complicaciones sistémicas y las asociadas a inmunodeficiencias deben recibir tratamiento. La osteítis ha sido descrita en algunos países en relación con la cepa, la virulencia y la dosis de la vacuna. Aunque, excepcionalmente, se han descrito diseminaciones vaccinales generalizadas y meningitis por BCG en inmunocompetentes, esto ha ocurrido, sobre todo, en inmunocomprometidos.

Se debe evaluar la inmunidad del individuo (serología para VIH, criterios de sospecha de inmunodeficiencia primaria) ante la aparición de complicaciones de la vacunación con BCG: abscesación, fístula persistente, linfadenitis supuradas, osteítis u osteomielitis, diseminación, reactivación de la lesión inicial. Si, en dichas situaciones, se comprueba la inmunodeficiencia, el paciente debe recibir tratamiento con drogas antituberculosas (excepto pirazinamida, a la que el *M. bovis* es resistente), además del tratamiento de la enfermedad de base, por lo que se sugiere la consulta con el especialista.

Contraindicaciones

- Inmunodepresión primaria o secundaria (inmunodeficiencias congénitas, linfomas, leucemias, neoplasias generalizadas, VIH positivos).
- Enfermedades con grave compromiso del estado general.
- Afecciones generalizadas de la piel.
- Enfermedades infecciosas agudas en curso (especialmente, sarampión y varicela).
- Tratamiento prolongado con esteroides o drogas inmunosupresoras.

Las afecciones leves, como el resfriado común, no constituyen una contraindicación.

Quimioprofilaxis

Es la administración de medicamentos antituberculosos a pacientes vírgenes de infección tuberculosa, con el objeto de evitar la aparición de la enfermedad (quimioprofilaxis primaria) o el desarrollo de la enfermedad en infectados, a partir de una infección hasta entonces latente (quimioprofilaxis secundaria).

Quimioprofilaxis primaria

Se debe realizar a todo niño con prueba tuberculínica negativa, asintomático y cuya radiografía de tórax sea normal, que se encuentre en contacto con un enfermo contagiante.

Se emplea isoniacida a razón de 10 mg/kg/día (máximo de 300 mg/día) en una toma diaria. Al mismo tiempo, se debe realizar el estudio de foco a todos los convivientes. Se efectuará un control mensual clínico y se repetirá el estudio tuberculínico y radiológico a los tres meses para cerciorarse de que el niño no se hallaba en el período prealérgico. La profilaxis se mantendrá 6 meses en los menores de 5 años.

En los niños de 5 a 15 años tuberculino negativos, asintomáticos, contactos de enfermos baci-

líferos, se puede suspender la quimioprofilaxis luego de descartar viraje tuberculínico, en el control del 3.º mes de iniciada la quimioprofilaxis, si ha cesado su exposición por más de dos meses y si se ha completado el estudio de contactos y no hay otros enfermos bacilíferos (Tabla 7).

Se debe recordar que, si el paciente no fue vacunado previamente, deberán recibir vacuna BCG los menores de 6 años, luego de finalizar la quimioprofilaxis.

Quimioprofilaxis secundaria

Es la conducta frente a la primoinfección tuberculosa, detectada por una reacción tuberculínica positiva, el viraje tuberculínico durante un período menor de 2 años o la presencia de un nódulo precoz en un paciente no vacunado con BCG previamente (aparición del nódulo antes de cumplirse 10 días desde la inoculación).

Se realiza con 10 mg/kg/día de isoniacida (máximo de 300 mg/día) durante 6 meses.

Quimioprofilaxis en el virus de la inmunodeficiencia humana

La identificación de la infección con *M. tuberculosis* puede ser dificultosa en los infectados por VIH, ya que muy pocos responden a la prueba tuberculínica y los cambios radiológicos no son típicos. En pacientes VIH positivos en contacto con un enfermo de tuberculosis contagiante y habiendo descartado enfermedad tuberculosa, se hará profilaxis con isoniacida por 9 meses.

Quimioprofilaxis en la tuberculosis resistente

Si se debe efectuar quimioprofilaxis a un paciente expuesto a una fuente infectante con bacilos resistentes a isoniacida, se emplean 10 mg/kg/día de rifampicina (máximo de 600 mg) durante 4 meses.

En caso de contacto con tuberculosis multirresistente, no se ha demostrado, hasta el momento, la eficacia de ningún esquema preventivo, por lo que debe efectuarse un seguimiento clínico, radiológico y bacteriológico estrecho durante, por lo menos, dos años. En los contactos de mayor riesgo de progresión a la enfermedad (niños menores de 5 años, VIH positivos y desnutridos graves), se debe consultar con un especialista.

Otras situaciones especiales

Los pacientes con falla renal crónica que reciben hemodiálisis presentan un riesgo de desarrollar tuberculosis activa de 10 a 25 veces mayor que

la población general, y los que padecen diabetes mellitus, de 2 a 4 veces mayor.

Otras condiciones clínicas con riesgo aumentado incluyen desnutrición, inmunodepresión, trasplante, miastenia gravis, enfermedades reumáticas, neoplasias, tratamientos con inmunomoduladores. En todos los casos, se realizará una investigación exhaustiva del medio para descartar la fuente infectante, a la vez que se efectuará una prueba tuberculínica, una radiografía de tórax y una baciloscopia. Se procederá a iniciar quimioprofilaxis o tratamiento, según corresponda.

ESTUDIO DE CONTACTOS

Los objetivos del estudio de contactos son los siguientes:

- Identificar a las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la tuberculosis.
- Diagnosticar si han desarrollado una tuberculosis activa o tienen una infección tuberculosa.
- Tratar en forma precoz a los enfermos que han desarrollado una tuberculosis activa.
- Tratar a los portadores de infección latente luego de descartar tuberculosis activa.
- Reconstruir la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar el caso fuente.
- Cortar la cadena de transmisión.

Las personas que han estado en contacto con un paciente cuya enfermedad tiene localización laríngea y/o pulmonar con baciloscopia positiva (enfermo bacilífero) o presentan lesiones extensas o cavidades tienen mayor riesgo de tener una infección tuberculosa latente y, eventualmente, desarrollar la enfermedad. Una infección reciente tiene una probabilidad diez veces mayor de desarrollar tuberculosis que una antigua.

Por el contrario, los pacientes con lesiones pulmonares con baciloscopia negativa, los casos que no se confirman por bacteriología y los que presentan localizaciones extrapulmonares (excepto la laríngea) tienen un potencial infectante significativamente menor. Esto NO significa que los contactos de estos grupos de pacientes no deban ser estudiados porque, en estas situaciones, el caso contagiante puede surgir del estudio de contactos.

Categoría de contactos

Contactos íntimos: Son las personas que pernoctan bajo el mismo techo de un enfermo con diagnóstico de tuberculosis o aquellas que tienen un contacto diario con el enfermo igual a 6 horas

o mayor. Este grupo tiene mayor riesgo de infectarse y de desarrollar una tuberculosis activa.

Contactos frecuentes: Son las personas que tienen un contacto diario menor de 6 horas con un enfermo con diagnóstico de tuberculosis. Generalmente, son aquellos que no conviven, pero tienen una relación con el paciente de tipo personal, escolar, laboral o de otra índole, que favorece la transmisión de la infección tuberculosa.

Contactos esporádicos u ocasionales: Son las personas que tienen contacto con un enfermo con diagnóstico de tuberculosis, pero no en forma diaria.

Acciones por seguir para el estudio de contactos:

1. Evaluar y clasificar el caso índice: resultados de bacteriología, características radiológicas de la enfermedad, síntomas, tiempo de evolución, tipo de relación con los contactos, antecedentes de tratamiento antituberculoso y factores de riesgo asociados.
2. Selección y censo de los contactos: se debe comenzar siempre el estudio por los contactos íntimos. Cuando entre ellos se haya detectado algún caso, o bien un número elevado de infectados o conversores a la tuberculina, se pasará a hacer el estudio de los contactos frecuentes y, sobre la base de los resultados de esos estudios, se decidirá si se estudian o no los contactos ocasionales.
3. Diagnóstico de infección o enfermedad: se estudiarán los contactos mediante examen físico, prueba tuberculínica, radiografía de tórax y examen microbiológico de esputo a los sintomáticos respiratorios ("sintomático respiratorio" es la persona que presenta tos y expectoración por más de 2 semanas).
4. Conducta terapéutica: se indicará quimioprofilaxis (Tabla 7) o tratamiento según corresponda a cada caso.
5. Seguimiento: control clínico para descartar la enfermedad ante la aparición de síntomas.

SITUACIONES ESPECIALES

Virus de la inmunodeficiencia humana/sida

Los individuos infectados por tuberculosis que se infectan por VIH presentan un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa (10% por año). Además, los sujetos infectados por VIH que se infectan por *Mycobacterium tuberculosis* también presentan un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa (que alcanza, aproximadamente, al

40% de los infectados). Además, se produce en forma más rápida y con mayor mortalidad que en los inmunocompetentes.

Debido a la interacción entre ambas enfermedades, **se debe descartar la coinfección con VIH en todo paciente con diagnóstico de tuberculosis** e investigar exhaustivamente la presencia de tuberculosis en todo niño con infección por VIH.

Las manifestaciones clínicas y radiológicas de los pacientes coinfectados con VIH pueden ser similares a las de los niños inmunocompetentes, en especial, si la tuberculosis antecede al inmunocompromiso.

En pacientes con déficit inmunológico grave, la tuberculosis puede presentarse como formas atípicas, con infiltrados pulmonares difusos o con compromiso extrapulmonar de varios órganos.

Los signos y síntomas de tuberculosis son inespecíficos y no se distinguen clínicamente de las enfermedades debidas a otras etiologías.

Es frecuente que estos pacientes no presenten reactividad tuberculínica, por lo que es necesario un alto índice de sospecha para diagnosticar correctamente la tuberculosis en este grupo.

Deberán obtenerse muestras para cultivo, tipificación y antibiograma de todos los niños infectados por VIH con sospecha de tuberculosis. Es necesario descartar las infecciones por micobacterias no tuberculosas y determinar la sensibilidad a las drogas antituberculosas de la cepa infectante, ya que se ha comunicado un mayor índice de farmacoresistencia en la población con VIH. Es importante pesquisar exhaustivamente los antecedentes del foco de contagio bacilífero para adecuar el régimen terapéutico inicial según su sensibilidad hasta tener la información bacteriológica del niño.

El esquema de tratamiento debe incluir cuatro drogas iniciales durante los 2 primeros meses. La duración total del tratamiento es de 12 meses, y debe realizarse un estricto monitoreo de los efectos adversos a los medicamentos, especialmente de la función hepática.

El inicio del tratamiento antirretroviral es una prioridad, especialmente en presencia de enfermedad avanzada, debido a que el grado de inmunosupresión en los pacientes coinfectados con tuberculosis y VIH aumenta la mortalidad. Se deben tener en cuenta las interacciones medicamentosas, la toxicidad y el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, por lo que se recomienda que el manejo de estos niños siempre se consulte con especialistas.

Tuberculosis farmacoresistente

La resistencia del *M. tuberculosis* a las drogas que se utilizan en el tratamiento de la enfermedad es un problema en aumento.

El *M. tuberculosis* tiene mutaciones espontáneas con una frecuencia predecible en los cromosomas, que le confieren resistencia a los agentes antimicrobianos. Estas mutaciones no están vinculadas al uso de medicamentos, sino que son espontáneas y previas a ellos. Esta proporción de mutantes “espontáneamente” resistentes (resistencia natural) varía entre 1 en 10^5 y 1 en 10^8 para las drogas principales (isoniacida, estreptomina, rifampicina, etambutol, pirazinamida). Cuando se administra monoterapia (una sola droga útil), se selecciona la población bacilar: mueren los bacilos sensibles y se siguen reproduciendo los resistentes. Así, se logran cepas resistentes *in vivo* (resistencia secundaria o adquirida), que luego se transmiten de uno a otro individuo.

Si bien es poco probable que se indique un solo medicamento frente a un caso de tuberculosis, se pueden indicar dos desconociendo que los bacilos que el paciente alberga ya son resistentes a uno de ellos. Esto es lo que se denomina “monoterapia encubierta”. Si el paciente, por cuenta propia, elige los medicamentos que toma, de la misma manera, selecciona mutantes bacilares resistentes en sus lesiones.

En nuestro país, los aislamientos de *M. tuberculosis* resistentes en niños comenzaron en la segunda mitad de la década de los noventa, coincidentemente con el incremento de resistencia en la población adulta.

Resistencia bacteriana múltiple o multiresistencia

Es aquella cepa de *M. tuberculosis* que presenta resistencia a las dos drogas de primera línea más efectivas: isoniacida y rifampicina, acompañada o no de resistencia a otras drogas antituberculosas. Si la resistencia bacteriana es a una de ellas (aunque existan otros medicamentos comprometidos), pero se conserva la sensibilidad a la otra, sea esta isoniacida o rifampicina, es preferible seguir denominándola polirresistencia bacteriana.

Algunas cepas de *M. tuberculosis* con resistencia a fármacos que se han aislado en los últimos años presentan un patrón de resistencia aún mayor, por lo que se denomina tuberculosis extensamente resistente (XDR) a la enfermedad causada por bacilos multiresistentes con resistencia a quinolonas e inyectables.

Se debe sospechar tuberculosis con farmacoresistencia en los siguientes casos:

- Niño que empeora o persiste con baciloscopías

positivas al finalizar la fase inicial, a pesar de estar bajo un tratamiento adecuado y supervisado (se deben descartar otros diagnósticos diferenciales y comorbilidades).

- Niño con antecedente de tratamientos irregulares, no supervisados, abandonos o con mala adherencia.
- Niño en contacto con un adulto con tuberculosis con resistencia a fármacos conocida.
- Procedencia de una comunidad con elevadas tasas de tuberculosis farmacorresistente.
- Contacto con un caso de tuberculosis con lo siguiente:
- Fracaso terapéutico (baciloscopías positivas luego de 4 meses de tratamiento supervisado).
- Retratamiento.
- Caso crónico (tuberculosis a pesar de 2 tratamientos previos).
- Poca adherencia al tratamiento.

Las pruebas de sensibilidad a fármacos deben solicitarse sistemáticamente en todos estos casos y se debe informar al laboratorio la sospecha de resistencia. Estas pruebas deben realizarse en laboratorios de referencia sometidos a controles de calidad.

Es difícil tratar la tuberculosis farmacorresistente debido a la complejidad de los regímenes medicamentosos necesarios, la mayor incidencia de reacciones adversas que generan las drogas de segunda línea y los altos costos de la medicación. Los esquemas terapéuticos deben ajustarse individualmente al patrón de resistencia bacteriana observada en el niño o en el foco de contagio, adaptando la dosis de cada fármaco al peso del paciente y respetando el intervalo de administración de cada medicamento (*Tabla 8*). En todos los casos, estos pacientes deben ser consultados o referidos a centros que cuenten con un apropiado equipamiento para el aislamiento microbiológico, el suministro de medicamentos específicos, los profesionales entrenados en el monitoreo de efectos adversos de las drogas de segunda línea, el seguimiento estrictamente supervisado y el tratamiento observado de manera directa.

Se puede remitir la consulta al CONAER del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, a través de la siguiente dirección de correo electrónico: pnctb.ar@gmail.com.

ANEXO 1: BIOSEGURIDAD

Al *Mycobacterium tuberculosis* le corresponde el nivel 3 en la clasificación de peligrosidad (microorganismos que pueden causar la muerte o los de riesgo moderado, pero con los cuales los procedimientos de trabajo –aerosoles– incluyen alto riesgo de infección). El bacilo se transmite mediante partículas en suspensión en el aire o núcleos de gotitas, que se generan cuando las personas bacilíferas tosen, expectoran, estornudan, cantan y/o hablan. También se producen cuando se manipula material infeccioso en los laboratorios, quirófanos o salas de autopsias.

La transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de salud es un problema que obliga a planificar acciones concretas para su prevención y control. Está demostrado que la tasa de tuberculosis en estas instituciones puede llegar a ser de 10 a 50 veces superior a la de la población general.

Habitualmente, el riesgo de infección está condicionado por el tiempo de contacto, la carga bacilar y las condiciones ambientales (a menor dimensión y ventilación del ambiente, mayor posibilidad de infección).

Condiciones medioambientales que disminuyen el riesgo de transmisión

Áreas comunes

La ventilación apropiada es una de las medidas más efectivas para reducir la transmisión de la tuberculosis. El sol es una fuente natural y económica de rayos ultravioleta.

Debe priorizarse la atención rápida del paciente, ya que el menor tiempo de permanencia disminuye la cantidad de aerosoles producidos por su tos. La sala de toma de muestras y la central de tratamiento deben estar separadas de la sala de espera y deben contar con ventilación (ventanas amplias al exterior).

En los enfermos sospechosos de padecer tuberculosis, deben evitarse, en lo posible, las nebulizaciones. De ser necesarias, se harán en la sala de toma de muestras o en otra cuyas condiciones de ventilación sean similares. Las máscaras u otro material utilizado deben sumergirse en hipoclorito por 1 hora y luego lavarse con detergente y abundante agua.

A menudo, se considera que la mayoría de los niños no contagian la tuberculosis; sin embargo, existe un alto riesgo de enfermedad tuberculosa insospechada y sin tratar entre los adultos que acompañan o visitan a estos niños.

No se debe internar a un paciente bacilífero a

menos que sea estrictamente necesario. En este caso, deberá ser aislado del resto hasta la negativización de la baciloscopia. Los pacientes VIH positivos con tuberculosis confirmada o presunción clínica de tuberculosis deben permanecer en la sala de aislamiento mientras estén internados. Los pacientes con riesgo de multirresistencia (antecedente de tratamientos irregulares, mala evolución o contactos con multirresistentes) deberán permanecer en salas de aislamiento, aun cuando su baciloscopia de diagnóstico sea negativa.

Si un paciente bacilífero debe ser trasladado dentro del hospital, tiene que utilizar barbijo tipo quirúrgico (mascarillas o protectores bucales).

Salas de internación común

Deben tener ventilación con buen flujo de aire, con ventanas al exterior. No se debe nebulizar ni efectuar maniobras similares que creen aerosoles.

Salas de aislamiento

Deben contar con ventilación, buen flujo de aire y ventanas amplias al exterior. Si no se dispone de estas, se pueden utilizar extractores de aire, que deben ubicarse en la pared opuesta a cualquier entrada de aire y cerca del techo. Se recomiendan extractores con filtros HEPA que produzcan entre 6 y 10 cambios de aire por hora. Las puertas deben permanecer cerradas para evitar corrientes de aire.

Salas de nebulización o fibrobroncoscopia

Deben ser ventiladas después de su uso o expuestas a luz ultravioleta. El material utilizado debe ser esterilizado convenientemente.

Quirófanos y salas de autopsias

Deben ser desinfectados con hipoclorito, luz ultravioleta o ambos.

Laboratorio

Se deberán manipular las muestras evitando la formación de aerosoles y de acuerdo con las normas generales de bioseguridad 3 en laboratorios.

Áreas de diagnóstico microbiológico

Toda manipulación de material potencialmente infeccioso debe ser realizada en áreas alejadas de la circulación general. No se deben utilizar ventiladores ni acondicionadores de aire que generen flujos de aire mientras se está trabajando con material infeccioso. Se debe trabajar en áreas con pisos y paredes lavables, limpiarlos diariamente con agua con lavandina al 10%. No se debe

barrer en seco, encerar ni utilizar plumeros para la limpieza. No hay que tener, en el área de trabajo, elementos innecesarios ni sacar de ella libros de registro o elementos allí utilizados. Se debe usar siempre máscara y guardapolvo de mangas largas y cerrado, y no sacarlo del centro de salud, donde debe ser desinfectado y lavado (con agua caliente y enjuague con agregado de lavandina). Todo material utilizado en la zona debe descartarse adecuadamente antes de abandonarla. Al finalizar la jornada, se efectuará una desinfección con hipoclorito o desinfectante adecuado; de ser posible, se debe utilizar, además, luz ultravioleta. Se deben limpiar los pisos, las paredes y las mesadas con un trapo humedecido con hipoclorito al 10%.

Los hospitales o servicios especializados son clasificados de *muy alto riesgo*, por lo que deben redoblar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

Protección del personal de salud

El personal de salud con enfermedades o tratamientos inmunosupresores o diabéticos no deben trabajar en contacto con pacientes bacilíferos o en áreas de riesgo.

Se deberá efectuar una evaluación médica clínica anual sistemática a todo el personal expuesto. Además, se efectuará baciloscopía (cultivo, de ser posible) y radiología cuando tengan síntomas respiratorios.

Los que trabajen en salas de aislamiento, o expuestos a pacientes contagiantes o que manipulen muestras de pacientes bacilíferos, deben utilizar barbijos tipo N-95 o HEPA.

El fenol es el desinfectante de elección en la tuberculosis; sin embargo, debe tenerse en cuen-

ta que se absorbe por la piel y puede causar problemas renales con el tiempo. Además, es un tóxico ambiental, por lo que se debe utilizar con moderación.

Toda institución deberá contar con instrucciones escritas y difundidas sobre el manejo de pacientes con tuberculosis y sus muestras biológicas. En cada sección, deben estar expuestas las normas básicas de bioseguridad específicas del área. Se deberá efectuar un registro de accidentes que pudieran poner en riesgo al personal y un seguimiento de ellos por control clínico, radiológico y bacteriológico.

Precauciones para la toma, la conservación y el traslado de las muestras

En lo posible, las muestras deben ser recolectadas al aire libre o en un lugar bien ventilado hacia el exterior y con puertas cerradas hacia áreas de circulación de público. Para el transporte, se deben acomodar los envases en una caja rígida, resistente, impermeable, con cierre hermético y divisiones interiores, y ubicarla en otra caja sin divisiones de tamaño ligeramente mayor, rellorando los espacios vacíos para evitar movimientos. Es conveniente utilizar una doble envoltura de las muestras con polietileno.

Medidas para el control de la tuberculosis en la comunidad

Se debe educar a la comunidad sobre la prevención y el control de la tuberculosis. Transmitir los conceptos en forma clara y sin estigmatizar al paciente o su familia favorecerá el cumplimiento de las medidas de aislamiento y la adherencia al tratamiento.

ANEXO 2: DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Caso de tuberculosis:** paciente al que se le ha diagnosticado la enfermedad y se ha decidido tratarlo con un esquema completo de tratamiento antituberculoso.
- **Caso índice:** es la persona que cumple con la definición de caso de tuberculosis, a partir del cual se origina el estudio de contactos. Es el primer caso que llama la atención del investigador y origina una serie de acciones necesarias para conocer un foco de infección.
- **Caso fuente:** es la persona que ha transmitido la tuberculosis a otra. No siempre el caso índice es el caso fuente. A veces, este se identifica al estudiar los contactos del caso índice.
- **Contactos:** son las personas que comparten temporalmente un espacio común con un caso índice de tuberculosis, cualquiera sea la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar) y con o sin confirmación bacteriológica.

Definiciones de casos para su notificación al Programa de Control de la Tuberculosis

- **Casos nuevos:** son aquellos que no han recibido previamente tratamiento contra la tuberculosis o lo han recibido por menos de un mes (sin importar si la baciloscopia o el cultivo eran positivos o no).
- **Casos previamente tratados:** son aquellos pacientes que han recibido tratamiento contra la tuberculosis anteriormente, por más de un mes, y son diagnosticados de nuevo como enfermos de tuberculosis activa. El riesgo de que sean portadores de cepas con farmacorresistencia es mayor que en los casos nuevos.
- Dentro de los casos previamente tratados, existen 4 grupos:
 - **Recaída:** paciente con tuberculosis en cualquiera de sus formas, quien, en el pasado, ha sido notificado con tratamiento completo o curado por un médico y ha vuelto con baciloscopia y/o cultivo de esputo positivo.
 - **Abandono:** paciente que realizó el tratamiento por más de un mes y lo retoma luego de haberlo interrumpido por dos meses consecutivos o más, con baciloscopia de esputo positiva o negativa, y que clínica y radiológicamente tiene evidencia de tuberculosis activa.
 - **Fracaso:** paciente en tratamiento que presenta bacteriología positiva (baciloscopia y/o cultivo de esputo) al final del cuarto mes de haber iniciado un primer tratamiento.
 - **Fracaso operativo:** cuando el tratamiento no es supervisado.
 - **Fracaso terapéutico:** bajo tratamiento directamente observado.

SINOPSIS

CUÁNDO SOSPECHAR TUBERCULOSIS

- En todo niño en contacto con un foco tuberculoso.
- En pacientes con cuadro compatible con síndrome de impregnación: pérdida de peso, síndrome febril prolongado, disminución del apetito, sudoración nocturna, astenia, hemoptisis.
- En pacientes con cuadro respiratorio persistente sin respuesta a tratamientos previos, radiología sugestiva de tuberculosis o ambos.
- Con eritema nodoso, conjuntivitis flictenular.
- En pacientes inmunodeprimidos o VIH positivos.
- Con PPD positiva.

CÓMO CONFIRMAR LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS

*En la mayoría de los casos, el diagnóstico es difícil de confirmar y se basa en una fuerte sospecha, cuyo **antecedente de contacto** es el elemento de mayor importancia.*

De certeza: identificación del bacilo. Caso de tuberculosis confirmado bacteriológicamente.

- Baciloscopía y/o cultivo: de esputo, lavado gástrico, líquido pleural, aspirado bronquial, lavado broncoalveolar, LCR, líquido ascítico, orina, punciones o biopsias tisulares.

De sospecha o fuerte presunción:

- Viraje tuberculínico o PPD positiva y signo-sintomatología y/o radiología compatible con tuberculosis.
- Anatomía patológica con granulomas con necrosis caseosa (biopsia pleural u otros tejidos).

CÓMO CURAR AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

- Se debe determinar la forma clínica:
 - Infectado: PPD positiva, asintomático, radiografía de tórax normal.
 - Forma moderada o común: PPD positiva,

asintomático o no, radiografía de tórax patológica (complejo primario).

- Forma grave: PPD positiva o negativa, con signos y síntomas de tuberculosis, radiografía de tórax patológica (miliar, broncogénica, cavitaria, fístulas o perforaciones). Tuberculosis extrapulmonar (menígea, osteoarticular, diseminada, renal, abdominal, empiema). Comorbilidades: diabetes, VIH, inmunodeficiencias.
- Se debe elegir la conducta (tratamiento o quimioprofilaxis).
- Se debe implementar la modalidad de tratamiento y su seguimiento.

Modalidades

TDO: es el ideal.

- Tratamiento autoadministrado, supervisado por el familiar a cargo.

Controles:

- Clínico: mensual.
- Radiológico: al inicio, a los 2 meses y al finalizar el tratamiento.
- Se debe corroborar la negativización del foco de infección.
- Se debe supervisar o controlar el correcto cumplimiento del tratamiento.
- Se debe favorecer la adherencia.

CÓMO CONTROLAR EL FOCO DE INFECCIÓN

- Se deben evaluar los contactos:
 - Identificación de cada uno de los convivientes y otros contactos.
 - Evaluación clínica, PPD y radiografía de tórax a todos los niños.
 - Evaluación clínica, radiografía de tórax a los adultos.
 - Baciloscopía a los adolescentes y adultos sintomáticos respiratorios (tos y expectoración de 15 o más días de evolución).
- Se debe controlar la vacunación BCG:
 - Controlar la constancia de vacunación.
 - Verificar la existencia de la cicatriz de BCG.
 - Vacunar con BCG cuando corresponda.
- Se debe indicar quimioprofilaxis:
 - A niños no enfermos en contacto con un ca-

so de tuberculosis contagiante.

- Isoniacida: 10 mg/kg/día (7-15 mg/kg/día, máximo de 300 mg).

CÓMO NOTIFICAR LOS CASOS DE TUBERCULOSIS

- Se debe completar y remitir la planilla de notificación (es una enfermedad de denuncia obligatoria) de los pacientes enfermos. Los infectados no se notifican, pues no son enfermos.

QUÉ INFORMACIÓN SE DEBE DAR AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

- Qué es la tuberculosis.
- Formas de contagio y cadena de transmisión.
- Enfermedad curable.
- Tratamiento de varios meses y constante.
- Concepto de resistencia (implicancia clínica y prevención).
- Medidas higiénico-dietéticas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Abbate E, Ballester D, Barrera L, Brian MC, et al. Consenso Argentino de Tuberculosis. *Rev Arg Med Resp* 2009;9:61-99.
- Azzopardi P, Bennett CM, Graham SM, Duke T. Bacille Calmette-Guérin vaccine-related disease in HIV-infected children: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13 (11):1331-44.
- Bonifachich E, Chort M, Astigarraga A, Diaz N, et al. Protective effect of Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vaccination in children with extra-pulmonary tuberculosis, but not the pulmonary disease. A case-control study in Rosario, Argentina. *Vaccine* 2006;24: 2894-99.
- Bossio JC, Arias SJ, Fernández HR. Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud colectiva* 2012;18 (Supl 1):S77-91.
- Cuevas LE, Browning R, Bossuyt P, Casenghi M, et al. Evaluation of Tuberculosis Diagnostics in Children: 2. Methodological Issues for Conducting and Reporting Research Evaluations of Tuberculosis Diagnostics for Intrathoracic Tuberculosis in Children. Consensus From an Expert Panel. *J Infect Dis* 2012;205 (Suppl 2):S209-15.
- Farga V, Caminero JA. Tuberculosis. 3ra. Ed. Santiago de Chile: Mediterráneo. 2011.
- Feja K, Saiman L. Tuberculosis in children. *Clin Chest Med* 2005;26:295-312.
- Graham SM, Ahmed T, Amanullah F, Browning R, et al. Evaluation of Tuberculosis Diagnostics in Children: 1. Proposed Clinical Case Definitions for Classification of Intrathoracic Tuberculosis Disease. Consensus From an Expert Panel. *J Infect Dis* 2012;205 (Suppl 2):S199-208.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni. Notificación de Casos de Tuberculosis en la República Argentina Período 1980-2012. Disponible en: http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/03/NotificaciónTB_2012_web.pdf
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Beyers N, et al. Childhood Pulmonary Tuberculosis Old Wisdom and New Challenges. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1078-90.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(4):392-402.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, et al. The clinical epidemiology of childhood pulmonary tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(3):278-85.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Starke JR, et al. A proposed radiological classification of childhood intra-thoracic tuberculosis. *Pediatr Radiol* 2004;34: 886-94.
- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 2012. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/NNA_VIH_Web.pdf.
- Mittal H, Das S, Faridi MMA. Management of newborn infant born to mother suffering from tuberculosis: Current recommendations & gaps in knowledge. *Indian J Med Res* 2014;140:32-39.
- Moreno Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez N, Baquero-Artigao F, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *An Pediatr (Barc)* 2010; 73(3):143.e1-143.e14.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Normas y Guía Técnica. Parte I Baciloscofia. 2008. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-labs-bacilos-copia.pdf>.

- Perez Velez CM, Marais BJ. Tuberculosis in Children. *N Engl J Med* 2012;367:348-61.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas. 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>.
- Seddon JA, Furin JJ, Gale M, Del Castillo Barrientos H, et al. Caring for Children with Drug-Resistant Tuberculosis Practice-based Recommendations. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;186: 953-64.
- Seddon JA, Hesselning AC, Godfrey-Faussett P, Fielding K, et al. Risk factors for infection and disease in child contacts of multidrug-resistant tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2013;13:392.
- Seddon JA, Perez-Velez CM, Schaaf HS, Furin JJ, et al. Consensus Statement on Research Definitions for Drug-Resistant Tuberculosis in Children. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2013;2:100-09.
- Singh M, Mynak ML, Kumar L, Mathew JL, et al. Prevalence and risk factors for transmission of infection among children in household contact with adults having pulmonary tuberculosis. *Arch Dis Child* 2005;90:624-28.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumología y Comité Nacional de Infectología. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2002; 100(2):159-78.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumología y Comité Nacional de Infectología. Tuberculosis infantil. Modificaciones a los criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(1):54-5.
- Starke JR. Tuberculosis in children. *Semin Respir Crit Care Med* 2004; 25(3):353-64.
- TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014. Disponible en: <http://www.tbcare1.org/publications>.
- Whittaker E, Kampmann B. Perinatal tuberculosis: new challenges in the diagnosis and treatment of tuberculosis in infants and the newborn. *Early Human Development* 2008;84(12):795-99.
- World Health Organization. Rapid advice: treatment of tuberculosis in children. 2010. (WHO/HTM/TB/2010.13).
- World Health Organization. Safety of BCG vaccine in HIV infected infants. *Weekly epidemiol record* 2007; 82(3):17-24.
- World Health Organization. Use of BCG vaccine in HIV infected infants. *Weekly epidemiol record* 2010; 85(5):32-33.
- World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Geneva. 2006. (WHO/HTM/ TB/2006.371).
- World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. 2nd ed. Geneva. 2014. (WHO/HTM/TB/2014.03).
- World Health Organization. Ethambutol efficacy and toxicity: literature review and recommendations for daily and intermittent dosage in children. Geneva. 2006. (WHO/HTM/ TB/2006.365).
- World Health Organization Roadmap for Childhood Tuberculosis. Geneva 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89506/1/9789241506137_eng.pdf.
- Zar HJ, Hanslo D, Apolles P, Swingle G, et al. Induced sputum versus gastric lavage for microbiological confirmation of pulmonary tuberculosis in infants and young children: a prospective study. *Lancet* 2005; 365:130-4.

TABLAS

TABLA 1. Método estandarizado para informar las baciloscopías (Organización Panamericana de la Salud)

Informe de baciloscopía	
No se encuentran BAAR en 100 campos observados.	(-)
Menos de 1 BAAR por campo, en promedio, en 100 campos observados.	(+)
• Entre 1 y 10 BAAR por campo, en promedio, en 50 campos.	(++)
• Más de 10 BAAR por campo, en 20 campos observados.	(+++)

BAAR: bacilos ácido-alcohol resistentes.

TABLA 2. Tuberculosis extrapulmonar: exámenes diagnósticos según la localización

Localización	Metodología diagnóstica
Ganglionar periférica	• Biopsia o punción-aspiración con aguja fina (anatomía patológica, baciloscopía y cultivo).
Miliar (diseminada)	• Radiografía de tórax, TAC o RNM cerebral y punción lumbar (para el diagnóstico de compromiso del SNC), fondo de ojo, ecografía abdominal.
Meníngea	• Punción lumbar (medición de la presión de LCR, citoquímico, baciloscopía y cultivo) y TAC o RNM cerebral.
Pleural	• Punción pleural (citoquímico, baciloscopía y cultivo, ADA), biopsia pleural.
Abdominal (por ej., peritoneal)	• Ecografía abdominal, punción-aspiración de líquido ascítico (citoquímico, baciloscopía y cultivo).
Osteoarticular	• Imágenes, punción/biopsia (anatomía patológica, baciloscopía y cultivo).
Pericárdica	• Ecocardiograma, punción pericárdica (citoquímico, baciloscopía y cultivo).

TAC: tomografía axial computada; RNM: resonancia nuclear magnética; SNC: sistema nervioso central; LCR: líquido cefalorraquídeo; ADA: adenosin deaminasa.

TABLA 3. Fármacos antituberculosos

Grupo 1	Fármacos orales de primera línea: isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z).
Grupo 2	Inyectables: estreptomicina (S), kanamicina (Km), capreomicina (Cm), amikacina (Am).
Grupo 3	Fluoroquinolonas: levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx), ofloxacin (Ofx).
Grupo 4	Fármacos orales de segunda línea: etionamida (Eto), protionamida (Pto), cicloserina (Cs), ácido paraaminosalicílico (PAS).
Grupo 5	Medicamentos cuya efectividad es dudosa: amoxicilina/clavulánico, clofazimina, linezolid, tioacetazona, meropenem, claritromicina, altas concentraciones de H.

TABLA 4. Esquemas de tratamiento según la forma clínica

Presentación clínica	Fase intensiva	Fase de continuación
Tuberculosis moderada: - Pulmonar con baciloscopía negativa y complejo primario no complicado. - Extrapulmonar no grave: pleuresía unilateral, cutánea y ganglionar periférica única.	2HRZ	4HR O $4\text{H}_3\text{R}_3^*$
Tuberculosis grave: - Pulmonar con baciloscopías positivas. - Pulmonar con baciloscopías negativas y lesiones pulmonares extensas (miliar, opacidad de un segmento o de un lóbulo, bronconeumonía) y/o cavernas. - Extrapulmonar grave (pericárdica, pleuresía bilateral, empiema pleural, genitourinaria osteoarticular, abdominal, meníngea). - Asociada al VIH/sida u otras alteraciones inmunológicas.	2HRZE	4HR O $4\text{H}_3\text{R}_3^*$ En pacientes con lesiones pulmonares extensas y de mala evolución, miliar, meníngea u osteoarticular y enfermos con VIH/sida u otra inmunodeficiencia, se recomienda una fase de continuación de 7 a 10 meses con HR diaria.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

* La fase de continuación intermitente trisemanal se puede emplear solamente en poblaciones sin VIH y bajo supervisión estricta del tratamiento.

TABLA 5. Efectos adversos de las principales drogas antituberculosas

Droga	Efectos adversos	
	Poco frecuente	Excepcional
Isoniacida	Hepatitis Hipersensibilidad cutánea Neuropatía periférica	Convulsiones Anemia hemolítica Síntomas mentales Anemia aplástica Anemia sideroblástica Agranulocitosis Reacción lupoide Artralgia Ginecomastia
Rifampicina	Hepatitis Reacciones cutáneas Reacciones gastrointestinales Púrpura trombocitopénica Fiebre Síndrome gripal	Taquipnea Shock Anemia hemolítica Falla renal aguda
Pirazinamida	Hepatotoxicidad Náuseas Vómitos Exantema Anorexia Artralgias Hiperuricemia Hipersensibilidad cutánea	Gota Fotosensibilidad
Etambutol	Neuritis retrobulbar Artralgia Hepatitis	Hipersensibilidad cutánea Neuropatía periférica
Estreptomina	Nefrotoxicidad Ototoxicidad Vómitos Dolor en el sitio de inyección Hipersensibilidad cutánea	

TABLA 6. Principales interacciones medicamentosas de las drogas antituberculosas

Droga	Interacción
Isoniacida	Aumenta los niveles de fenitoína, carbamazepina y diazepam (en individuos acetiladores lentos).
Rifampicina	Aumenta la toxicidad hemopoyética del AZT. Su efectividad es disminuida por HAART. Incrementa el metabolismo de anticonceptivos, analgésicos opioides, corticoides, anticoagulantes warfarínicos, hipoglucemiantes orales, quinidina, digital, ketoconazol, ciclosporina, anticonvulsiantes, tacrolimus.
Estreptomina	Potencia el bloqueo neuromuscular (curare). Contraindicada en miastenia gravis.

HAART: terapia antirretroviral de gran actividad.

TABLA 7. Quimioprofilaxis en contactos pediátricos

Quimioprofilaxis	< 15 años (asintomáticos y con examen físico y radiografía de tórax normal) contactos de enfermos contagiantes	< 5 años: H 6 meses. 5-15 años PPD positivos: H 6 meses. 5-15 años PPD negativos: H hasta descartar viraje tuberculínico.*
------------------	--	--

* En niños de 5 a 15 años, con PPD negativa, asintomáticos, contactos de enfermos bacilíferos, se puede suspender la quimioprofilaxis luego de descartar viraje tuberculínico en el control del tercer mes si han cesado su exposición por más de dos meses.

TABLA 8. Medicamentos de segunda línea: dosis y efectos adversos

Fármaco	Dosis diaria (dosis máxima)	Efectos adversos
Amikacina Kanamicina Capreomicina	15-20 mg/kg (1 g).	Ototoxicidad Nefrotoxicidad
Etionamida/protionamida	15-20 mg/kg/día (1 g) • repartidos en 2 o 3 dosis.	Hepatotoxicidad Reacciones gastrointestinales Neurotoxicidad Hipersensibilidad Hipotiroidismo
PAS (ácido para-amino salicílico)	150-200 mg/kg/día (10 g) • repartidos en 2-3 dosis.	Hepatotoxicidad Reacciones gastrointestinales Hipersensibilidad
Cicloserina/terizidona	10-20 mg/kg/día (1 g) • repartidos en 2 dosis.	Psicosis, depresión Cambios de personalidad Convulsiones Rash cutáneo
Moxifloxacina	7,5-10 mg/kg/día (400 mg).	Reacciones gastrointestinales Rash cutáneo Cefalea Insomnio
Levofloxacina	10 mg/kg/día (750 mg).	Ídem moxifloxacina
Linezolid	10 mg/kg/día (600 mg).	Reacciones gastrointestinales Trombocitopenia Neuropatía periférica

Asociación de criterios de Stegen modificado por Toledo para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica, Hospital Belén de Trujillo.

Association of Stegen's criteria modified by Toledo for the diagnosis of paediatric tuberculosis, Belén Hospital of Trujillo.

ROMERO GOICOCHEA, Cecilia¹; BENITES CASTILLO, Santiago²
CHÁVEZ TARAZONA, Paola³; COLUNCHE NARVAEZ, César³; CONTRERAS ÚLTIMA, Jasmell³;
CONTRERAS ÚLTIMA, Roberth³; CUEVA RÍOS, Margarita³; CUITO LOYOLA, Henry Omar³

RESUMEN

La presente investigación es para demostrar si existe asociación entre los criterios de Stegen modificado por Toledo en pacientes con tuberculosis pediátrica, e identificar la asociación de los criterios de Stegen modificado por Toledo en pacientes pediátricos con tuberculosis pediátrica. La población del estudio estuvo conformada por Historias Clínicas de 36 pacientes con diagnóstico de tuberculosis BK+ y 34 con diagnóstico de tuberculosis BK- menores de 18 años, determinándose en cada paciente los criterios de Stegen modificados por Toledo. Para determinar si existe asociación entre cada criterio propuesto y la tuberculosis pediátrica se aplicó la prueba χ^2 , para independencia de factores. De los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk positivo (36), en mayor porcentaje, 91,67%, se encontró tanto para el criterio clínico y criterio radiológico. De los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk negativos, en mayor porcentaje, 76,47%, se encontró en el criterio clínico. La asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva no hubo diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos (χ^2 : 2.84) y no se puede calcular el OR.; con el criterio clínico: χ^2 : 3.91 y OR: 3.38, con el criterio radiológico: χ^2 : 6.075 y OR: 4.58 y con el criterio inmunológico: χ^2 : 29.09 y OR: 0.095. se concluye que existe asociación entre los criterios clínico y radiológicos con el diagnóstico de Tuberculosis pediátrica en pacientes BK+ y entre el criterio inmunológico con TB Bk-. La presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Palabras clave: : Tuberculosis pediátrica, criterios de Stegen modificado por Toledo.

ABSTRACT

The present investigation is to demonstrate if association exists between Stegen's criteria modified by Toledo in patients with paediatric tuberculosis, and to identify the association of Stegen's criteria modified by Toledo in paediatric patients with paediatric tuberculosis. The population of the study was shaped by Clinical Histories of 36 patients by diagnosis of tuberculosis BK + and 34 by diagnosis of tuberculosis BK - 18-year-old minors, deciding in every patient Stegen's criteria modified by Toledo. To determine if association exists between every proposed criterion and the paediatric tuberculosis applied to itself the test χ^2 , for independence of factors. Of the patients with diagnosis of tuberculosis positive Bk (36), in major percentage, 91,67 %, He was so much for the clinical criterion and radiological criterion. Of the patients with diagnosis of tuberculosis negative Bk, in major percentage, 76.47 %, was in the clinical criterion. The association between the epidemiological criterion and the diagnosis of tuberculosis with baciloscopia positive there was no significant difference of this criterion between both groups (χ^2 : 2.84) and it is not possible to calculate the OR.; with the clinical criterion: χ^2 : 3.91 and OR: 3.38, with the radiological criterion: χ^2 : 6.075 and OR: 4.58 and with the immunological criterion: χ^2 : 29.09 and OR: 0.095. One concludes that association exists between the clinical and radiological criteria with the diagnosis of paediatric Tuberculosis in patients BK + and between the immunological criterion with TB Bk-. The presence of the epidemiological criterion does not relate to TBC's diagnosis positive Bk.

Key words: Standard procedures, Good Storage Practices.

¹Docente Asociada. Universidad Nacional de Trujillo. Dra. en Medicina. cerogo@yahoo.es

²Dr. en Ciencias Biomédicas. Universidad Cesar Vallejo, sbenites_ucv@yahoo.es

³Alumnos de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. revista ucv-scientia@ucv.edu.pe.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad conocida en el Perú desde hace centurias. Se han encontrado momias precolombinas que los investigadores determinaron que tuvieron tuberculosis.¹ Cada año en el mundo se diagnostican 8 millones de casos nuevos y mueren por esta causa 3 millones de personas. Siendo más afectados los países en vías de desarrollo²

El conocimiento que se tiene de la situación epidemiológica de la tuberculosis (TB) infantil es limitado. La prevalencia de TB en el grupo de 0 a 14 años al inicio del año 2000 era de cerca de un millón de casos, lo que correspondía al 10% del total de enfermos. Tómese en cuenta que los datos de la OMS consideran los casos de TB confirmados bacteriológicamente, lo que significa una limitación en niños.³

En nuestro país se observan elevadas tasas de infección, morbilidad y mortalidad que nos ubican en los primeros lugares de los países de Sudamérica.²

La dificultad de abordaje de la TB infantil ocurre por falta de un conocimiento claro del problema y lo difícil de establecer el diagnóstico en niños. A diferencia de la Tuberculosis en adultos, los niños son no bacilíferos o bien son paucibacilares, por tanto son solo positivos en 10 al 15% de los casos e incluso el cultivo es negativo en 70% de los mismos. Por tanto el sustento de un diagnóstico certero que permita aplicar un oportuno tratamiento se basa en el cuidadoso estudio de la historia clínica haciendo hincapié en el estudio de contactos y si no hubiera relato explícito de contacto con tuberculosis, indagar sobre tosedores crónicos con los cuales el niño tenga contacto.^{5,4} El examen físico (teniendo en cuenta las formas pulmonares y extra pulmonares), los estudios de laboratorio y de imágenes permiten someter los datos a evaluación con criterios ya establecidos.⁶ Teniendo en cuenta la dificultad del diagnóstico de

tuberculosis en niños, por tener una baja tasa de bacteriologías positivas, es que se recomienda usar cartillas de combinación de criterios para aproximarnos al diagnóstico, de allí que se idearon tablas con una serie de criterios, cuya suma permite llegar a una categoría de diagnóstico.^{7,1}

En 1979, Toledo y colaboradores publicaron en México un esquema simplificado en base a los criterios de Stegen. Los criterios de Stegen modificado por Toledo consiste en una cartilla con seis criterios (clínico, radiológico, epidemiológico, inmunológico, bacteriológico e histológico), donde cada criterio tiene un puntaje y la suma de ellos da cuatro categorías de diagnóstico, y permite realizar una prueba terapéutica cuando se tiene un determinado puntaje.⁸

En el Perú, el Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud, incluyó desde hace más de 15 años a los criterios de Stegen modificado por Toledo en el Manual de Normas y Procedimientos en Tuberculosis para decidir el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis en niños.⁹ Existen también otros sistemas de puntuación empleados en otros países.¹⁰

Los sistemas de criterios han sido calificados de tener una alta sensibilidad pero baja especificidad, y su uso podría llevar a calificar a un paciente como tuberculoso sin serlo. Sin embargo, puede resultar muy útil en zonas alejadas donde son importantes conductas rápidas para el diagnóstico de niños en contacto con adultos tuberculosos¹¹. Por la dificultad en el diagnóstico de TBC en pediatría y teniendo en consideración que los niños son no bacilíferos o bien son paucibacilares y por la elevada prevalencia de tuberculosis en nuestro medio, hemos considerado asociar los criterios de Stegen modificado por Toledo para tomarlos como guía en nuestra decisión de tratamiento en estas condiciones.

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN: Estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de tuberculosis, menores de 18 años, que cumplieron los criterios de inclusión y no los criterios de exclusión.

Para la selección, se tomó en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar de ambos sexos tratados en el programa de control de Tuberculosis del HBT con criterio bacteriológico positivo y negativo en el período 2006-2011.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas, ilegible.
- Historias clínicas de pacientes no pediátricos.

Tamaño muestral:

Se determinaron 36 pacientes BK+ y 34 pacientes BK- en el programa de Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Belén de Trujillo en el periodo de 2006 – 2011.

DISEÑO METODOLÓGICO:

TIPO: Descriptivo - Analítico

Variables epidemiológicas	Clase	Escala de medición
a) Criterio epidemiológico	Cualitativo	Dicotómica
b) Criterio clínico	Cualitativo	Dicotómica
c) Criterio radiológico	Cualitativo	Dicotómica
d) Criterio inmunológico	Cualitativo	Dicotómica
e) Criterio histopatológico	Cualitativo	Dicotómica

PROCESO DE CAPTACIÓN DE DATOS

Se gestionó a través de una solicitud dirigida al Servicio del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Belén de Trujillo nos brindaran acceso a la Base de Datos de pacientes pediátricos con Tuberculosis desde enero 2006 hasta mayo 2011; la cual fue aceptada y respondida afirmativamente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos de registros han sido procesados empleando el programa SPSS vers. 18. Los resultados son presentados en cuadros de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Asimismo se presentarán gráficos de barra para facilitar la comprensión de resultados. Para determinar si existe asociación entre cada criterio propuesto y la tuberculosis pediátrica se aplicará la prueba X², para independencia de

factores. Si $p < 0.05$ existirá asociación. Para una mejor evaluación. Si el OR es > 1 se considera factor diagnóstico en caso contrario no se considerará factor diagnóstico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

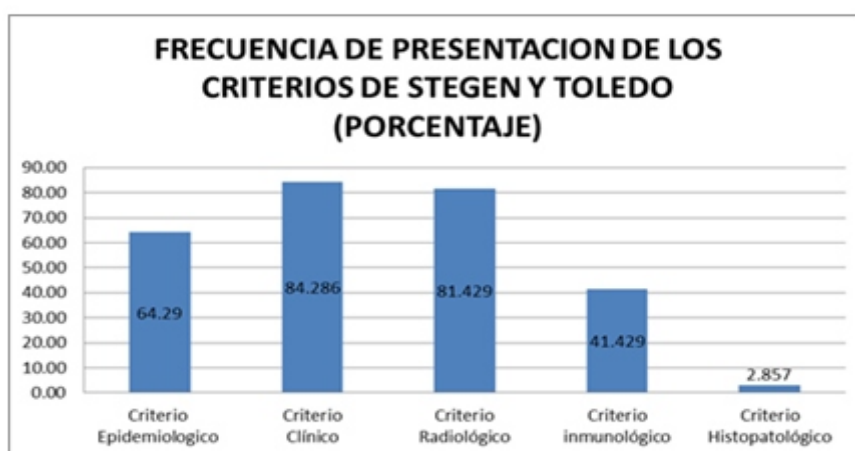
El procesamiento estadístico de los datos se realizó con la ayuda del programa Excel 2010, presentándose los resultados en cuadros con las frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así mismo se realizó la descripción estadística de cada variable.

ASPECTOS ÉTICOS

La información de las historias clínicas se obtuvo en forma anónima y se mantuvo en reserva cualquier dato personal de las pacientes que colaboraron con el estudio ya que fueron para uso exclusivo de la investigación científica.

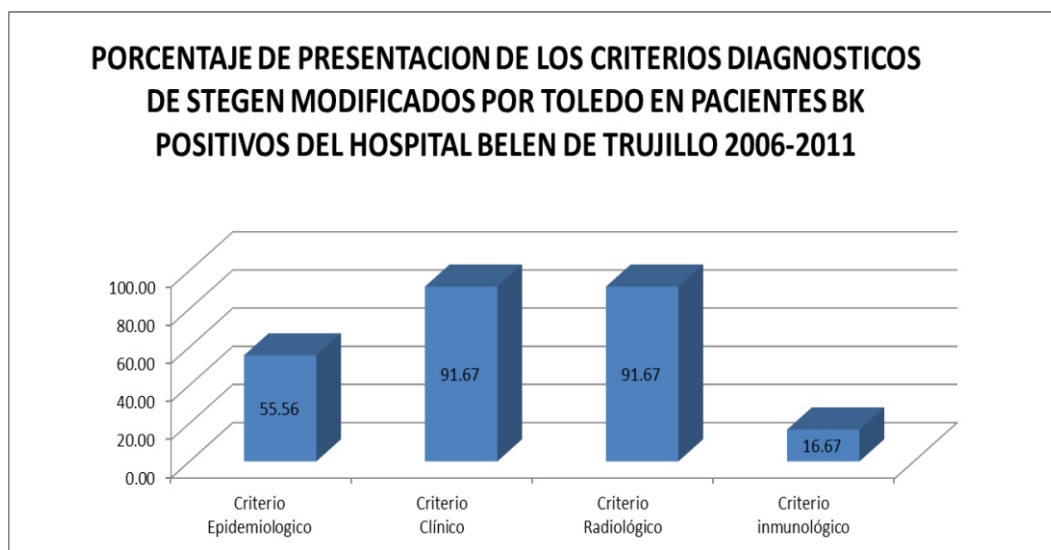
RESULTADOS

En todas las historias clínicas que fueron incluidas (70 historias clínicas) en el presente estudio la frecuencia de presentación de los criterios de Stegen y Toledo, se presentan en porcentaje en la siguiente tabla:



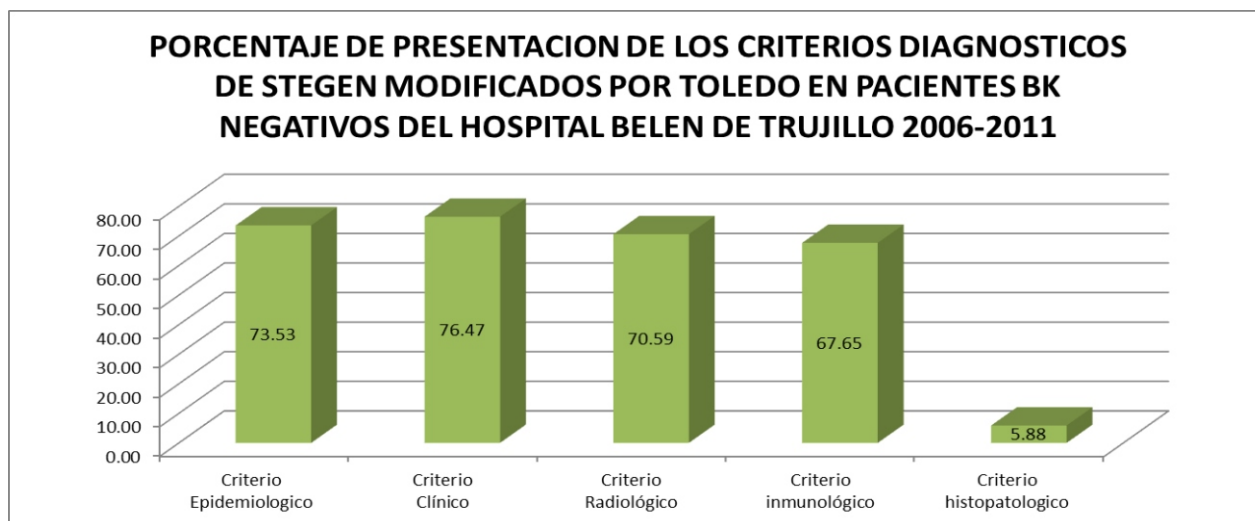
Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

El número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk positivo fueron de 36, de los cuales el 91,67% (33 pacientes) presento el criterio clínico, el 91,67% (33 pacientes) presento el criterio radiológico, el 55,56% (20 pacientes) presento el criterio epidemiológico y el 16,67% (6 pacientes) presento el criterio inmunológico, no se encontró pacientes que hayan presentado el criterio histopatológico.



Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

El número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk negativo fueron de 34, de los cuales el 76,47% (26 pacientes) presento el criterio clínico, el 70,59% (24 pacientes) presento el criterio radiológico, el 73,53% (25 pacientes) presento el criterio epidemiológico, el 67,65% (23 pacientes) presento el criterio



Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Tabla 1: Asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio epidemiológico	20	25	45
Pacientes sin criterio epidemiológico	16	9	25
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (Tabla 1), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 2.24 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de aceptación de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que no hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos y no se puede calcular el OR. Es decir que la presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Tabla 2: Asociación entre el criterio clínico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio clínico	33	26	59
Pacientes sin criterio clínico	3	8	11
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio clínico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla 2), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 3.91 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos.

El OR es de 3.38 ; lo que indica que la presencia del criterio clínico en un paciente tiene 3 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Tabla 3: Asociación entre el criterio radiológico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio radiológico	33	24	57
Pacientes sin criterio radiológico	3	10	13
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio radiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla 3), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 6.075 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos.

El OR es de 4.58; lo que indica que la presencia del criterio radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Tabla 4: Asociación entre el criterio inmunológico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

			Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes radiológico	con	criterio	6	23	29
Pacientes radiológico	sin	criterio	30	11	41
			36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio inmunológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla IV), Chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 29.09 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos. El OR es de 0.095; lo que indica que la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK positivo. El criterio histopatológico no se pudo analizar por estar ausente en el grupo de pacientes con BK positivo.

DISCUSIÓN

La tuberculosis infantil, ha sido motivo de preocupación e incentivo de estudio en diferentes países. Estas investigaciones se justifican debido a la complejidad y limitaciones que existen para el diagnóstico de la misma en el niño y al mayor riesgo que tiene esta población de progresar de infección a enfermedad en poco tiempo si no se realiza un diagnóstico oportuno.¹² A más de 120 años de haberse descrito el bacilo de la tuberculosis (1882) no existe en la actualidad ningún método efectivo y rápido que permita hacer el diagnóstico TB en el niño.¹²

Las proporciones de niños enfermos investigados mediante radiología de tórax, sintomatología, prueba tuberculínica y estudio de contactos fue en nuestro estudio de 81.4%, 84.3%, 41.4% y 64.2%. En comparación con un estudio argentino, de diagnóstico de tuberculosis en la población infantil que fue de 95.3%, 79.6%, 90.1% y 92.7% respectivamente. En nuestro estudio el criterio de mayor proporción fue el clínico en comparación con este estudio argentino que fue la radiología de tórax.¹³

En nuestro estudio la presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Caminero refiere que en países de alta endemicidad donde existen contagiosos en la comunidad, aunque no exista un contacto claro este se puede asumir con menor posibilidad de error.¹²

En el presente estudio no se encontró relación entre el criterio epidemiológico con el diagnóstico de TBC Bk positivo, esto se deba probablemente a que el criterio epidemiológico, a diferencia de los otros parámetros de los Criterios de Stegen y Toledo, no corresponde un método diagnóstico directo ni indirecto de la infección por TBC y su presencia sólo aumenta el valor predictivo positivo de cualquier método indirecto.¹⁴

En nuestro estudio la presencia del criterio clínico en un paciente tiene 3 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

En cuanto al criterio clínico en nuestro estudio se encontró que estuvo presente en 84.3%, encontrándose en 47.1% de los casos, en comparación con 37.1% de los controles.

Pimentel R y colaboradores encontraron 92% de los pacientes pediátricos sintomáticos¹⁵. Cifras similares a las halladas en nuestro estudio.

En nuestro estudio la presencia del criterio

radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Las manifestaciones radiológicas constituyen una herramienta casi imprescindible para el diagnóstico de TB en el niño¹²

En nuestro estudio el criterio radiológico se encontró presente en 81.4%, encontrándose en 47.1% de los casos, en comparación con 34.3% de los controles. Milković, D y colaboradores en Croacia, de un total de 204 pacientes evaluados con edades comprendidas entre 1 y 14 años, encontraron compromiso radiológico en 172 pacientes (84,31%).¹⁶

Khatami. A y colaboradores revisaron las radiografías de tórax de 30 niños con TB, las adenopatías se observaron en 90% de los casos.¹⁷

Encontrados por Sánchez, G y colaboradores de 49 pacientes encontraron Radiografía de tórax anormal en 39 casos.¹⁸

En nuestro estudio la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK positivo.

La prueba de la tuberculina es uno de los pilares fundamentales en el diagnóstico de la TB en el niño, por lo que toda sospecha debería confirmarse con una prueba de tuberculina positiva.¹²

En cuanto a la prueba de la tuberculina (PPD) se encontró que fue positiva en 41.5%, encontrándose que 32.9% de los controles presentó PPD positivo en comparación con 8.6% de los casos en nuestro

estudio. Por lo que en el diagnóstico en pacientes que tienen cultivo o Bk negativo se opta por el uso de PPD para confirmar el diagnóstico.

En un estudio realizado por Sánchez, G y colaboradores, de un total de 45 pacientes pediátricos, a todos realizaron la prueba de la tuberculina siendo esta reactiva en el 65,3%¹⁸.

En el estudio realizado por Valverde, K y colaboradores de 66 pacientes colocaron PPD solo a 37 pacientes de los cuales 15(40.4%) presentaron una prueba con valores de PPD positivo.¹⁹

Por otra parte Pimentel R y colaboradores en República Dominicana obtuvieron valores diferentes ya que del total de la muestra 682 pacientes, 426 cursaban con algún grado de desnutrición; encontrando en este grupo solo 14 casos (3,3%) una prueba de tuberculínica mayor de 10mm¹⁵

En este trabajo el criterio inmunológico se encontró en el 41,4%, similar a lo encontrado por Castillo 48,4%¹, mientras que otros autores lo encuentran de 30 a 67,34%²⁰. Asimismo, se encontró presente en el 32.9% de los controles y sólo en el 8.6% de los casos, esto se deba probablemente a que este criterio es más buscado para poder llegar al diagnóstico en los pacientes con bacteriología negativa, y por lo tanto constituye una herramienta útil en este grupo; además esto se relaciona con los resultados obtenidos del análisis, del cual se interpreta que la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes BK positivo.

CONCLUSIONES

- La presencia del criterio clínico y radiológico se asocia con tuberculosis BK positivo.
- Existe asociación entre el criterio inmunológico en la tuberculosis BK negativo
- Se deben utilizar los criterios de esta modificación por Toledo para el diagnóstico de la TBC pediátrica por ser la mejor forma de diagnóstico.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones más amplias como estudios prospectivos de casos y controles donde se puedan recolectar directamente todos los criterios y así evitar sesgos
2. Se recomienda consignar en los registros de información de pacientes con TBC la presencia o no del criterio inmunológico, para evitar sesgos de recolección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo A. Valor diagnóstico de los criterios de Stegen modificado por Toledo de la tuberculosis infantil en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Rev. peru. Pediatr. 2005; 58(2): 30-39.
2. León M. Epidemiología de la tuberculosis pulmonar infantil en el Instituto Especializado de Salud del Niño 1990-2000. Rev. peru. Pediatr. 2004; 57(2): 26-34.
3. Sant `Anna C. El diagnóstico de tuberculosis en la infancia: actualización. Rev. peru. pediatr. 2007; 60(2): 105-110.
4. Azzopardi P, Graham S. What are the most useful clinical indicators of tuberculosis in childhood? Internacional ChildHealthReviewColaboration.
5. Couto C. El diagnóstico de tuberculosis en la infancia: Actualización. Rev. peru. pediatr. 60 (2) 2007
6. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. WHO/HTM/TB.2006;371:41
7. Datta M, Swamiinathan S. Global aspects of tuberculosis in children. Pediatr Respir Rev. 2001;2: 91-96.
8. Toledo A, Katz F, Montiel J, et-al. Criterios de diagnóstico en tuberculosis infantil. Rev. Mex. Pediatr 1979; 46: 236-239.
9. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Aprobada Por R.M. N° 383-2006/MINSA
10. Pedrozo Cb et all. Efficacy of the scoring system, recommended by the Brazilian National Ministry of Health, for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in children and adolescents. J Bras Pneumol. 2010; 36(1):92-98.
11. Consensus Statement of IAP Working Group: Status Report on Diagnosis of Childhood Tuberculosis. Indian Pediatr 2004; 41: 146-155.
12. Meléndez CM, Weil LL, Meléndez Núñez ME. Formas clínicas y manifestaciones radiológicas de tuberculosis en el niño. Experiencia hospital de niños "j.m ríos". 2004-2009
13. Sequeira MD, Imaz MS, Barrera L, Poggio GH, Latini OA. Diagnóstico de la tuberculosis infantil en provincias de la argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2000; 60: 170-178
14. Miceli I, Sequeira M, Kantor I. La Tuberculosis Infantil y su Diagnóstico en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2002; 62: 585-592
15. Ruben Dario Pimentel et al. Problemas actuales en el diagnostico de la tuberculosis (TB) en niños Dominicanos. Rev. Costarric.cienc.med; 8 (4): 285-93,1987.
16. Milkovié. D. Chest Radiography Findings in Primary Pulmonary Tuberculosis in Children. Coll. Antropol. 29 (2005)1: 271-276.
17. A. Khatami MD, S. Sabouri MD, J. Ghoroubi MD, N. Rassouli MD, F. Abdollah Gorji Ms. Radiological Findings of Pulmonary Tuberculosis in Children. Iran J Radiol 2008, 5(4) 233
18. Sánchez M Gloria, Mamani J Rossana, Retamal M Javiera, Rojo L Angélica, Cesar C Carlos. Formas clínicas de la tuberculosis Infantil: Hospital Roberto Ríos. 1989- 2005. Rev Chil Enf Respir 2008; 24 101-105.
19. Valverde Muñoz K, Soto Quirós M, Umaña Sauma, Castro Armas O. Tuberculosis: revisión de los últimos 10 años en el Hospital Nacional de Niños. Acta pediátr. costarric v.13 n.1 San José ene. 1999.
20. León M. Epidemiología de la Tuberculosis pulmonar infantil en el Instituto Especializado de Salud del Niño. Rev Per Ped. 2004; 57: 26-34.

Recibido: 18 marzo 2012 | **Aceptado:** 25 junio 2012

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

“Las Guías de Práctica Clínica, como su nombre lo indica, guían y orientan al profesional de la salud en la realización de la atención, sin que se constituyan en una relación de actividades consecutivas de imperioso cumplimiento”

1. OBJETIVO

Identificar, clasificar y establecer el tratamiento adecuado de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda acude al servicio de Urgencias.

2. PALABRAS CLAVES

Appendicitis, acute, children

3. BASE DE DATOS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS CONSULTADAS

Pubmed, Medline, Google.

4. RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

GRADO A: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para favorecer el uso de una intervención.

GRADO B: Condiciones para las cuales hay evidencia a favor que sugiere el uso de una intervención.

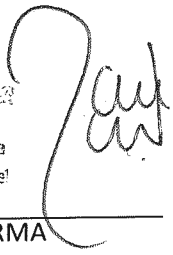
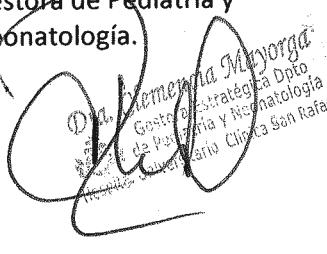
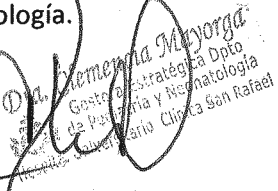
GRADO C: Condiciones para las cuales no hay evidencia clínica suficiente para favorecer o evitar el uso de una intervención.

GRADO D: Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere evitar el uso de una intervención.

GRADO E: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para evitar el uso de una intervención.

5. CALIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

Nivel I: Experimento clínico aleatorizado con adecuado control de errores, con intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis de calidad, con estudios homogéneos.

Elaborado por: Dr. José Ramón Garrido R. Cirujano pediatra. Urólogo pediatra.   Dr. José Ramón Garrido R. C.E. 397254 Cirujano Pediatra Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha:	Revisado por: Dra. Clemencia Mayorga. Gestora de Pediatría y Neonatología.   Dra. Clemencia Mayorga Gestora de Pediatría y Neonatología Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha: 28-05-15	Aprobado por: Dr. Miguel Angel Murcia. Director científico.   Dr. Miguel Angel Murcia Director Científico Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha: Junio 2/15
--	---	---

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

- Nivel II:** Experimento clínico aleatorizado sin adecuado control de errores, o sin intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis con estudios heterogéneos o que no sean de alta calidad
- Nivel III:**
1. Experimento clínico controlado no aleatorizado
 2. Estudios de casos y controles o cohortes
 3. Cohortes con controles históricos o series de tiempo (antes y después)
- Nivel IV:** Opiniones de autoridades con experiencia clínica no cuantificada, informes de comités de expertos y series de casos.

6. CONTENIDO

6.1. Definiciones

La apendicitis aguda es la urgencia abdominal no traumática más frecuente en los niños. Se calcula que 60.000 niños son sometidos a apendicectomía en EEUU anualmente.

El apéndice se origina en la cara posterointerna del ciego, en la convergencia de las tres tenías. Su longitud varía entre 1 y 25 centímetros con un promedio entre 5 y 10 cm. Y puede tomar diferentes posiciones: paracólica, retrocecal, preileal, retroileal, promontórica, pélvica y mesoinguinal.

La irrigación –que es de tipo terminal- la aporta la arteria apendicular rama a su vez del tronco ileobicecoapendicocólico; las venas drenan en la vena ileocólica y ésta en la mesentérica superior. Cuenta con varios vasos linfáticos delgados que drenan en los ganglios ileocecales.

Se ha calculado una incidencia anual de 1.33 y 0.99 casos por mil en la población masculina y femenina respectivamente.

Debido a que la luz apendicular en los lactantes es relativamente amplia la apendicitis es rara antes de los 2 años de edad a partir de los que su incidencia aumenta con un pico hacia los 11 años que luego declina hasta los 15 años.

La etiología de la apendicitis está dada por la obstrucción de su luz la cual a su vez es ocasionada por la hipertrofia de la mucosa, fecalitos, cuerpos extraños y parásitos entre otros.

La evolución progresiva de la apendicitis aguda ha permitido clasificarla en cuatro fases:

1. Edematosa, o incipiente, mediada por la obstrucción de la circulación linfática.
2. Supurativa, o fibrinopurulenta en la que se evidencia oclusión del sistema venoso.
3. Gangrenosa, con área necrótica por compromiso del riego arterial.
 - a. No perforada macroscópicamente.
 - b. Perforada macroscópicamente.
4. Perforada en la cual se vence la resistencia de la pared apendicular, incluyendo la serosa.

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ - COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

No se asocia a ningún agente invasor específico pero las bacterias que se encuentran en el órgano inflamado son las mismas que se encuentran en la flora intestinal lo cual sugiere una invasión secundaria del tejido lesionado.

Las bacterias más comúnmente aisladas son la E. Coli y Bacteroides fragilis seguidas por Klebsiella, Proteus, Pseudomona y Enterococcus sp.

6.2. Criterios y diagnósticos

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa en el interrogatorio y el examen físico más que en los hallazgos radiológicos o de laboratorio.

La historia clásica de una apendicitis aguda es en un comienzo con dolor difuso en el abdomen central, seguido de náuseas y vómito, con posterior localización del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. El dolor se hace continuo y aumenta de intensidad de modo que al paciente le resulta molesto moverse y prefiere el reposo a menudo con las piernas flexionadas.

En general hay aumento de la frecuencia cardíaca y fiebre.

Al examen físico se evidencia lengua saburral, taquicardia, dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha con defensa muscular involuntaria, sensibilidad al rebote (signo de Blumberg), dolor en la fosa ilíaca derecha a la palpación de la izquierda (signo de Rovsing), dolor a la percusión del punto de Mc Burney (Signo de Baldwin), entre otros. En niños no se recomienda buscar de rutina el signo de San Marino, es decir la palpación de la fosa ilíaca derecha por tacto rectal.

Dependiendo del tiempo de evolución el epiplón migra con el fin de confinar el proceso inflamatorio a la fosa ilíaca derecha y se evidenciará la presencia de masa en dicha área, sin embargo en aquellos con epiplón corto (lactantes mayores o preescolares) no ocurre esto con frecuencia por lo que es más frecuente encontrar peritonitis y no plastrón.

Se debe recalcar que no existe un estudio radiológico o de laboratorio que confirme el diagnóstico de apendicitis aguda y éste debe basarse en la clínica. El cuadro hemático y el parcial de orina son de utilidad en la evaluación general del paciente pero no confirman o descartan la entidad. La combinación de leucocitos normales, neutrófilos normales y proteína C reactiva normal, pueden descartar una apendicitis con alta certeza.

Cuadro hemático: El recuento de blancos se encuentra elevado por encima de 12.000 en las tres cuartas partes de los pacientes asociado a neutrofilia, sin embargo en el resto se encuentra normal lo cual no descarta su diagnóstico.

Parcial de orina: Sus hallazgos inespecíficos comprenden hematuria, piuria, presencia de bacterias y cuerpos cetónicos. Más frecuentemente se encuentra la densidad elevada debido a deshidratación.

Rx de abdomen: tienen poca utilidad y no están indicadas de rutina. Pueden encontrarse signos radiológicos tales como niveles líquidos en fosa ilíaca derecha, íleo localizado, aumento de densidad de tejidos blandos, borramiento de la línea del flanco derecho, fecalito en la fosa iliaca derecha,

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

borramiento de la sombra del psoas, un apéndice cecal lleno de gas, gas intraperitoneal libre y deformación de la sombra gaseosa del ciego.

Ecografía abdominal: Es de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda. El aspecto ecográfico de ésta es el de un asa aperistáltica, dilatada, con luz central y una pared externa que muestra pocos ecos.

Tomografía abdominal: La tomografía abdominal, si bien tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda (cerca al 95% cada uno) deberá considerarse una opción solo en aquellos pacientes de difícil diagnóstico debido a la alta irradiación que conlleva para el paciente.

6.3. Intervenciones terapéuticas

A. MANEJO PREOPERATORIO:

1. Todo paciente que presente cuadro sugestivo de apendicitis aguda deberá permanecer en observación en el servicio de urgencias.
2. El paciente tendrá una vena canalizada con Lactato Ringer a volumen adecuado para su peso y edad asegurándose así una buena hidratación. No requiere administrarse dextrosa con electrolitos en menores de 3 años en el preoperatorio.
3. Después de la correcta hidratación se realizará hemograma con recuento leucocitario diferencial y uroanálisis, si se requiere. La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) también son de ayuda diagnóstica. No es recomendable realizar los exámenes previamente a la hidratación ya que la leucometría saldrá falsa por la hemoconcentración ocasionada por la deshidratación.
4. Se avisará al cirujano en el momento que se reciba el paciente y se estén realizando los análisis para determinar si se realizan otros exámenes paraclínicos como es la radiografía simple de abdomen y/o la ultrasonografía abdominopélvica. En las niñas adolescentes o con vida sexual activa se requiere la prueba de embarazo en suero (Gravindex).
5. Cuando el paciente tenga cuadro sugestivo de apendicitis sin peritonitis, es decir no perforada, edematosa o fibrinopurulenta, debe iniciarse antibiótico profiláctico con ampicilina-sulbactam a 50 mg/kg/dosis para aplicarse por lo menos media hora antes de la cirugía.
6. Cuando por el tiempo de evolución y hallazgos al examen físico, el paciente tenga cuadro sugestivo de apendicitis perforada o gangrenosa, con plastrón apendicular, absceso periapendicular o con peritonitis localizada se iniciará antibioticoterapia con: Clindamicina a 10 mg/kg/dosis cada seis horas o Metronidazol 7.5 mg/kg/dosis cada 8 horas y Amikacina a 15 mg/kg/dosis en una dosis diaria.
7. En los casos de peritonitis generalizada se adicionará al tratamiento Ampicilina a 50 mg/kg/dosis cada 6 horas. Con este esquema se tendrá cobertura para gérmenes gram negativos, anaerobios y para el *Enterococcus faecalis*.
8. Los pacientes que presenten deshidratación intensa o tengan lesión renal recibirán Cefotaxime a 100 mg/kg/día dividida en 4 dosis para evitar así la nefrotoxicidad de los antibióticos.
9. Paciente en estado séptico debe tener sonda vesical a cystofló para monitorizar la diuresis pre y postoperatoria.

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

10. Todo paciente deberá tener el consentimiento informado firmado por los padres antes de ser llevado al quirófano previas explicaciones del diagnóstico del tratamiento y los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, incluida la posibilidad de no encontrar apendicitis aguda y requerir su extracción.
11. En el quirófano se determinará la necesidad de sonda nasogástrica. La sonda nasogástrica solo se pasará en la sala de urgencias en los casos en que exista vómito intenso o gran distensión abdominal.
12. Hecho el diagnóstico se puede colocar analgésico tipo Dipirona a 30-50 mg/kg/dosis para calmar el dolor y tener el paciente más tranquilo.
13. Todos los pacientes con cuadro abdominal inflamatorio son considerados como “estómago lleno” por el íleo intestinal que acompaña la apendicitis de tal manera que no se requiere de ayuno.

B. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

El paciente con diagnóstico de apendicitis aguda debe ser sometido a tratamiento quirúrgico después de haber asegurado la hidratación adecuada del paciente.

Según el tiempo de evolución, en los casos en que no se sospecha peritonitis generalizada, se realizará incisión de Rockey-Davis. La incisión umbilical también es una alternativa a considerar según la destreza del cirujano.

La apendicectomía por laparoscopia se encuentra dentro del armamentario quirúrgico y es una verdadera opción incluso en casos de apendicitis perforada sin obstrucción o distensión abdominal severa. Facilita el abordaje para aquellos pacientes con obesidad, mujeres adolescentes con sospecha de patología ginecológica asociada o en cualquier paciente que así lo amerite. Se ha demostrado menor riesgo de infección de sitio operatorio asociado, menores bridas posoperatorias, mejor y más rápida recuperación clínica. Aún se encuentra en discusión sobre la necesidad de practicar lavado intraabdominal en apendicitis perforadas o limitarse a la succión y secado de la cavidad.

La ligadura del meso apendicular y del apéndice se realizará con poliglactina. Se realiza invaginación del muñón apendicular en el ciego con excepción de aquel en el cual el ciego se encuentre comprometido por proceso infeccioso, o isquémico. El cierre de la aponeurosis se realiza con poliglactina y la piel con monofilamento intradérmica.

En los pacientes con signos de peritonitis generalizada se realizará laparotomía mediana supra e infraumbilical para el drenaje y lavado de la cavidad abdominal. La ligadura del apéndice y del meso será con poliglactina. La aponeurosis será cerrada con poliglactina sutura continua y la piel con monofilamento intradérmica.

No se utilizan drenes de rutina. Cuando el apéndice se encuentra perforado y hay peritonitis localizada o generalizada no es necesario tomar cultivos del líquido peritoneal por que no van a alterar el tratamiento.

C. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO:

El manejo no quirúrgico de la apendicitis aguda se encuentra plenamente demostrado por las diferentes publicaciones internacionales donde se realiza la apendicetomía de intervalo: se trata de pacientes con

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
--	--	--

diagnóstico tardío de apendicitis que generalmente cursan con plastrón apendicular sin obstrucción intestinal y sin sepsis asociada. Para estos pacientes existe la opción de tratar con antibióticos el proceso infeccioso y posteriormente realizar cirugía programada. El plan de manejo es de unos 7 a 10 días de antibiótico endovenoso para luego completar las 4 semanas de antibiótico oral ambulatorio. Luego de tratar el proceso infeccioso se practicará apendicetomía programada, generalmente laparoscópica.

D. MANEJO POSTOPERATORIO:

1. Los líquidos endovenosos se retirarán en el momento que se tolere la vía oral. De prolongarse el ayuno o la aceptación a la vía oral, debe iniciarse dextrosa con reposición de electrolitos.
2. La alimentación se iniciará cuando exista evidencia de movimientos intestinales como ruidos intestinales a la auscultación o presencia de flatos y será con dieta líquida clara.
3. El paciente recibirá Dipirona de 30-50 mg/kg/dosis cada 6 horas, con la recomendación de aplicarla lenta y diluida.
4. Se suspenderá la profilaxis antibiótica de Ampicilina-sulbactam en el posoperatorio de apendicetomías no perforadas como incipiente, edematosa o fibrinopurulenta.
5. Se cambiará de manejo profiláctico a tratamiento antibiótico en los casos en los que se sospechó inicialmente en una apendicitis no perforada y que durante la cirugía se confirma la perforación apendicular (apendicitis gangrenosa con o sin peritonitis localizada). Se iniciará Clindamicina (o Metronidazol) más Amikacina en las dosis establecidas previamente por 48 a 72 horas y si se tratase de una peritonitis generalizada se adicionará ampicilina y la duración del antibiótico será de 5 días, por lo menos.
6. En las primeras 12 horas es importante incentivar la deambulación del paciente.
7. Cuando se haya tolerado la dieta, recuperado clínicamente y completado el esquema antibiótico, se dará salida con orden de control en la consulta externa en Cirugía Pediátrica con el resultado de la patología, con fórmula de analgésico oral y con incapacidad médica por 10 días y para realizar ejercicio físico por un mes.
8. La herida quirúrgica se mantendrá cubierta por 48 horas y la limpieza domiciliar se realizará con agua y jabón sin utilizar soluciones antisépticas.

No se recomienda alimentación o dieta específica para ser seguida en la casa.

6.4. Consideraciones especiales

En los pacientes con *apendicitis no complicada* (no perforada: edematosa o incipiente, fibrinopurulenta o gangrenosa no perforada macroscópicamente) el manejo posoperatorio se realizará en forma ambulatoria.

1. Debe haberse realizado la apendicetomía antes de las 2:00 de la tarde, de tal forma que el egreso del paciente en el posoperatorio no ocurra de noche.
2. La manipulación intestinal durante la intervención quirúrgica haya sido escasa de tal forma que el riesgo de íleo posoperatorio se reduzca.
3. La profilaxis antibiótica con Ampicilina sulbactam haya sido administrada adecuadamente.
4. Se encuentre bien hidratado por vía endovenosa y con estabilidad hemodinámica (afebril, sin taquicardia o hipotensión)

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

6. Se da salida, con adecuada explicación a la familia sobre el manejo en casa de la analgesia, los cuidados de la herida, la alimentación y la actividad física a realizar. Además la recomendación de asistir al servicio de urgencias de la Clínica en caso de cualquier anormalidad.

En los pacientes con *peritonitis generalizada con obstrucción intestinal asociada* se seguirá la siguiente orientación:

1. Debido a la importante manipulación de las asas intestinales durante la cirugía y previendo un íleo intestinal prolongado, se deja sonda nasogástrica la cual será retirada cuando el drenaje por la misma disminuya o exista evidencia de activación del peristaltismo intestinal.
2. Nada vía oral hasta que se tenga seguridad de que existe buena motilidad del intestino, en los pacientes que están sin sonda cuando se presente flatos o tenga ruidos intestinales propulsivos, se iniciará la dieta con líquida clara.
3. Cuando se tenga sonda nasogástrica se observará que el drenaje de esta sea claro en ese momento se retirará la sonda nasogástrica.
4. Los líquidos endovenosos se mantendrán hasta que se haya tolerado la dieta.
5. Los pacientes que presentan peritonitis generalizada o se encuentren en estado séptico y que se considere que demoraran en salir del íleo postoperatorio requerirán el inicio de apoyo nutricional periférico y si es necesario se colocará un catéter central para nutrición parenteral total según el servicio de nutrición.
6. Los antibióticos que recibe el paciente se completarán por 5 días, por lo menos.
7. La analgesia se efectuará con Dipirone de 30-50 mg/kg cada 6 horas lento y diluido.
8. La sonda vesical se retirará en el momento que el paciente mantenga un gasto urinario de 1 ml/kg/hora y se tenga seguridad de que ya se realizó la redistribución de líquidos.
9. Las pérdidas de sonda nasogástrica se repondrán con suero fisiológico al 0.9% o en caso de prolongarse y aumentar el drenaje, con Lactato de Ringer 500cc con Cloruro de Potasio 5cc, para reponer las pérdidas de potasio del drenaje.
10. La herida quirúrgica se mantendrá cubierta por 48 horas y se realizará limpieza con solución salina.
11. La deambulación y el incentivo respiratorio son de suprema importancia en estos pacientes.
12. Los paciente que presenten fiebre en el postoperatorio se estudiarán manteniendo la secuencia de investigación de la fiebre postoperatoria. Se revisará la venopunción para descartar flebitis, se realizará buena auscultación pulmonar, si es necesario se solicitará radiografía de tórax, se efectuará parcial de orina, la fiebre después del 5 día es posible que sea producida por absceso de pared o intraabdominal. También se efectuará ecografía abdominal para descartar la presencia de colecciones intraabdominales.
13. Los exámenes de sangre se solicitarán en los casos en que persista el estado séptico del paciente previa discusión con el Cirujano Pediatra.

En los pacientes que presentan absceso de pared se abrirá por completa la herida quirúrgica y se realizarán curaciones con solución yodada y solución salina.

6.5 Pronóstico

El pronóstico es bueno para los casos que se diagnostiquen tempranamente, pero para los avanzados, son frecuentes las complicaciones como abscesos y sepsis e incluso la muerte. Es sabido en la literatura

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

El pronóstico es bueno para los casos que se diagnostiquen tempranamente, pero para los avanzados, son frecuentes las complicaciones como abscesos y sepsis e incluso la muerte. Es sabido en la literatura mundial que existe alta posibilidad de encontrar apendicitis perforada en pacientes menores de 5 años al momento de llevar a cirugía, incluso superior al 85%.

Se ha reportado infertilidad en mujeres que siendo niñas presentaron apendicitis perforadas y peritonitis.

Dentro de las complicaciones se encuentran los abscesos de la herida quirúrgica, en promedio en el 50% de los pacientes con apendicitis perforadas y abscesos intraabdominales en el 30%. Este porcentaje disminuye en los casos de apendicitis no perforadas.

A largo plazo existe el riesgo de obstrucción intestinal por adherencias interasas o bridas en menos del 5% siendo más frecuentes si el apéndice se encontraba perforado.

7. REFERENCIAS

1. WarnerBW, Kulick ML, Stoops MM, et al: An evidenced based clinical pathway for acute recreases hospital duration and cost, J Pediatr Surg: 33, 1371. 1998
2. Dueholm S, Bagi P, Bud M: Laboratory aid in the diagnosis of acute appendicitis: a blinde, prospective trial concerning diagnostic value of leukocyte count, neutrophil differential count and C-reactive protein, Dis Colon Rectum 32:855, 1989.
3. Rao P, Rhea J, et al. Plain abdominal Radiography in clinically suspected appendicitis : diagnostic yield, resource use, and comparison to CT. Am J Em Med 17:325.328.1999
4. Mosdell DM, Morris DM, Fry DE. Peritoneal cultures and antibiotic therapy in pediatric perforated appendicitis. Am J Surg. 167:313.1994
5. Neilson IT, et al: Appendicitis in children: current therapeutic recommendations. J peldiatr Surg 25:1113, 1990.
6. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? Langenbeck"s Arch Surg 387:1-7.2002
7. Rotnrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children: Emergency department diagnosis and management. Ann Emerg Med. 36(1). 2000.
8. Coran, AG. Pediatric Surgery, Seventh edition 2012. Elsevier Saunders

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
4.0	25-05-2015	Ser revisa todo el documento, se actualiza de acuerdo a la nueva Política de Documentación de Procesos

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 26-02-2021 02:43:23
Al Contestar Cite Este No.: 2021EE23761 O 1 Folio Anex: 0 Rec 3
ORIGEN: 022100.SUBDIREC INSPEC VIGI. CONTROL SERVICIO
DESTINO: HOSPITAL UNIV. CLINICA SAN RAFAEL/REPRESENTA
TRAMITE: CARTA-RESPUESTA
ASUNTO: RESPUESTA RADICADO 2021ER6785 DE 22/02/2021

Bogotá D.C 01 de marzo de 2021.

LA SUBDIRECCIÓN DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE
SALUD
DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA:

Que según consta en los documentos que reposan en el expediente, mediante Resolución No. 25 del 27 de mayo de 1929, emanada del Ministerio de Gobierno, se reconoció personería jurídica a la Institución de Utilidad Común sin ánimo de lucro del Sector Privado, denominada CLÍNICA SAN RAFAEL, razón social que posteriormente cambió por la de HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, según reforma estatutaria aprobada por la Resolución No. 2263 del 31 de marzo de 1992, del Ministerio de Salud; y que el domicilio de esta Entidad es la Carrera 8 No. 17 – 45 Sur, teléfono 3282300, de la ciudad de Bogotá, D.C., Nit 860.015.888-9.

Que según Resolución No 0580 del 01 de noviembre de 2006 expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Resolución No 2226 del 13 de noviembre de 2015 expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Resolución No 605 del 24 de mayo de 2016, aclarada por Resolución 681 del 03 de junio de 2016 y Resolución 780 del 15 de junio de 2016 expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Resolución No 1821 del 03 de agosto de 2018, expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Resolución No 509 del 12 de marzo de 2019, expedida por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Resolución No 008 del 26 de agosto de 2020, expedida por la Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, se aprobó la reforma de los estatutos del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Que según Acta No. 150 de la Junta Directiva, celebrada el 23 de mayo de 2017, como Representante Legal de la citada Entidad se encuentra inscrito MIGUEL ANGEL MURCIA RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 19.327.087 de Bogotá y como Representante Legal Suplente, FERNANDO ERNESTO HERRERA MORRIS, identificado con la cédula de ciudadanía No.80.422.697 de Bogotá.

Que según los estatutos, artículo décimo séptimo en las facultades del Representante Legal, él está facultado para representar y comprometer al Hospital Universitario Clínica San Rafael, en todos los actos jurídicos, sean estos contractuales, administrativos, judiciales, extrajudiciales, ante cualquier persona natural o jurídica, autoridad judicial y administrativa, dentro o fuera del país, y en general en todas las actuaciones que realice la persona jurídica en los términos y condiciones establecidos por la Junta Directiva, el cual asumirá la responsabilidad que el ordenamiento jurídico Colombiano prevé para los representante legales de personas jurídicas prestadoras de servicios de salud sin ánimo de lucro.

Que mediante Acta 161 de la junta Directiva del 19 de febrero de 2019 se otorga poder general y escritura pública No. 566 de la Notaría 35 del círculo de Bogotá, D.C. el 10 de mayo de 2019, se otorgó poder general al Sr. JUAN PABLO TOBAR OROZCO, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.113.621.727 de Palmira y Tarjeta Profesional de Abogado No. 220.237 del Consejo Superior de la Judicatura, con la finalidad de representar al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, "para que en su nombre y representación, sin limitación alguna y con las más amplias facultades administrativas y dispositivas, en cualquier momentos y sin consideración a la cuantía y calidad, me represente legal y jurídica y judicialmente".

El apoderado tendrá amplias facultades en todas las actividades en las que actué en representación del poderdante, especialmente en los siguientes casos:

PRIMERA: REPRESENTACIÓN JUDICIAL: para que represente al poderdante en todos y cada uno de los actos jurídicos procesales y extraprocesales a que hubiere lugar, de manera directa o mediante apoderados especiales si hay lugar a ello, ante cualquier autoridad policial, judicial, civil, penal o administrativa en toda clase de procesos, actuaciones o diligencias, bien sea como demandante, demandado, coadyuvante o litisconsorte en cualesquiera de las partes, para iniciar o continuar hasta su terminación procesos, actuaciones o diligencias respectivas.

SEGUNDA: APODERADOS: el apoderado, podrá constituir nuevos apoderados o sustituir, delegar total o parcialmente este poder y revocar delegaciones o poderes conferidos.

Que, según los estatutos, artículo II, la institución tiene como objeto la prestación de los servicios de salud, como un servicio público con gestión privada de interés social; en desarrollo de este objeto, podrá prestar servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.

Que mediante Acta No 138 de fecha 11 de febrero de 2016 de la Junta Directiva del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL se aprueba la apertura de una nueva sede ubicada en la carrera 8 N° 17-44 sur, Teléfono 3282300 Ext. 2880.

Que según Acta de Asamblea Ordinaria No. 171 de fecha de 17 de noviembre de 2020, se eligió a la firma KPMG S.A.S, la firma ha designado a los contadores públicos como Revisor Fiscal Principal LINA MARIA CORTES RICO, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.010.205.034 de Bogotá y T.P No 255841-T, y como Revisor Fiscal Suplente ANDRES FELIPE MONTES LEÓN, identificado con la cédula de ciudadanía No 1.070.306.541 de Cagua y T.P. No 269975-T de la Junta Central de Contadores.

Que mediante Acta No 171 de fecha 17 de noviembre de 2020 y, se eligió la Junta Directiva la cual se encuentra conformada de la siguiente manera:

NOMBRE	DOCUMENTO
RALPAH DE LA TORRE	PASAPORTE 567075089
ARMIN ERNST	PASAPORTE 565516948
JOSHUA PUTTER	PASAPORTE 655317940
DANIEL LONDOÑO	C.C. 80.086.227
CARLOS EDUARDO GONZALEZ JOFRE	C.E. 237.565

Que, de acuerdo con el artículo tercero, numeral primero, del Decreto No.0427 de marzo de 1996 de la Presidencia de la República, las entidades privadas sin ánimo de lucro del sector salud, están exentas de registro en las Cámaras de Comercio.

La presente certificación tiene vigencia de noventa (90) días a partir de la fecha de expedición.



DORA DUARTE PRADA.

Subdirectora Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud.

Proyecto: Ximena Ospina

Revisó: Yilber Arévalo 

Conforme al artículo 11 del Decreto 491 de 28 de marzo de 2020 expedido por el Ministerio del Interior y de Justicia, durante el periodo de aislamiento preventivo declarado con ocasión de la emergencia sanitaria por COVID 19, la firma escaneada en el presente documento es válida, y responde a la solicitud interpuesta mediante radicado 2021ER8785 de 22/02/2021.



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

NOTIFICACIÓN PERSONAL PROCESO VERBAL 11001310300720200021500

1 mensaje

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>
Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cco: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

13 de noviembre de 2020, 8:00

Señores,
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: NOTIFICACIÓN PERSONAL

Respetado Señor Juez,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.636.173 expedida en Tunja (Boyacá), portadora de la Tarjeta Profesional No 301.153 del C.S de la J. obrando como apoderada especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL** con NIT No 860.015.888-9, conforme al poder que me permito adjuntar, estando dentro del término procesal correspondiente me permito realizar **NOTIFICACIÓN PERSONAL**, dentro del proceso en referencia en concordancia con lo establecido por el artículo 291 del CGP y el artículo 8 del Decreto 806 de 2020.

Lo anterior, teniendo en cuenta que fue imposible establecer comunicación con el Despacho Judicial, con el fin de obtener el direccionamiento para efectuar notificación personal, razón por la cual se realiza por medio electrónico, esto en atención a la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia generada por el Covid-19 y a las directrices dadas por el Consejo Superior de la Judicatura frente a la virtualidad en el acceso a la justicia.

Por todo ello, solicito se surta la notificación personal vía electrónica y de no ser posible se nos den las directrices para realizar la misma, en aras de ejercer el derecho a la defensa, contradicción y debido proceso.

Sin otro particular, agradezco el acuse de recibido del Despacho Judicial.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P. No 301.153 del C. S. de la J.

3 adjuntos

 **PODER PROCESO VERBAL 2020-215.pdf**
1057K

 **CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL DE AUTO QUE ADMITIÓ DEMANDA.pdf**
488K

 **2020-00215 Admite demanda (2).pdf**
50K



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

NOTIFICACION PERSONAL Y TRASLADO DE LA DEMANDA PROCESO 11001310300720200021500

1 mensaje

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>
Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cc: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

30 de noviembre de 2020, 8:49

Señores,
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: NOTIFICACIÓN PERSONAL

Respetado Señor Juez,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.636.173 expedida en Tunja (Boyacá), portadora de la Tarjeta Profesional No 301.153 del C.S de la J. obrando como apoderada especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL** con NIT No 860.015.888-9, conforme al poder que me permito adjuntar, me permito solicitar a su Despacho información frente a la notificación personal realizada el día 13 de noviembre de 2020, teniendo en cuenta que a la fecha no se ha reconocido personería jurídica, ni se ha efectuado el traslado de la demanda.

Por lo anterior, aún estamos a la espera de las instrucciones que imparta el Despacho Judicial a fin de ejercer el derecho a la defensa, contradicción y debido proceso, por todo ello rogamos que contesten a la brevedad los trámites que debemos adelantar para que se surta de mejor manera la notificación personal y se efectúe el traslado de la demanda que nos atañe, de manera electrónica.

Sin otro particular, agradezco el acuse de recibido del Despacho Judicial.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P. No 301.153 del C. S. de la J.

2 adjuntos



2020-00215 Admite demanda (2) (2).pdf
50K



PODER PROCESO VERBAL 2020-215 (2).pdf
1057K



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

**NOTIFICACION PERSONAL Y TRASLADO DE LA DEMANDA PROCESO
11001310300720200021500**

1 mensaje

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>
Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cc: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

10 de diciembre de 2020, 16:16

Señores,
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: NOTIFICACIÓN PERSONAL

Respetado Señor Juez,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.636.173 expedida en Tunja (Boyacá), portadora de la Tarjeta Profesional No 301.153 del C.S de la J. obrando como apoderada especial del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL** con NIT No 860.015.888-9, conforme al poder que me permito adjuntar, me permito solicitar a su Despacho información frente a la notificación personal realizada el día 13 de noviembre de 2020, teniendo en cuenta que a la fecha no se ha reconocido personería jurídica, ni se ha efectuado el traslado de la demanda.

Por lo anterior, aún estamos a la espera de las instrucciones que imparta el Despacho Judicial a fin de ejercer el derecho a la defensa, contradicción y debido proceso, por todo ello rogamos que contesten a la brevedad los trámites que debemos adelantar para que se surta de mejor manera la notificación personal y se efectúe el traslado de la demanda que nos atañe, de manera electrónica.

Sin otro particular, agradezco el acuse de recibido del Despacho Judicial.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P. No 301.153 del C. S. de la J.

2 adjuntos

2020-00215 Admite demanda (2) (2).pdf
50K



PODER PROCESO VERBAL 2020-215 (2).pdf
1057K



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

**AGENDAMIENTO DE CITA PARA REVISION DEL PROCESO
11001310300720200021500**

1 mensaje

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>
Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cco: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

16 de diciembre de 2020, 15:30

Buenas tardes,

Señores,
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: NOTIFICACIÓN PERSONAL

Cordial saludo, en atención al presente me permito solicitar agendamiento de cita para efectuar revisión, con respecto al traslado de la demanda dentro del proceso en referencia, para lo mismo adjunto poder otorgado por el Representante Legal del Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Agradezco su gestión y quedo atenta a la fecha y hora asignada.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P. No 301.153 del C. S. de la J.



PODER PROCESO VERBAL 2020-215 (2) (1).pdf
1057K



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

**AGENDAMIENTO DE CITA PARA REVISION DEL PROCESO
11001310300720200021500**

1 mensaje

Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>
Para: ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co
Cco: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

19 de enero de 2021, 16:00

Buenas tardes,

Señores,
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E.S.D

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO
DEMANDADO: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL
RADICADO: 11001310300720200021500
ASUNTO: NOTIFICACIÓN PERSONAL

Cordial saludo, en atención al presente me permito solicitar agendamiento de cita para efectuar revisión, con respecto al traslado de la demanda dentro del proceso en referencia, para lo mismo adjunto poder otorgado por el Representante Legal del Hospital Universitario Clínica San Rafael.

Agradezco su gestión y quedo atenta a la fecha y hora asignada.

Cordialmente,

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá)
T.P. No 301.153 del C. S. de la J.



PODER PROCESO VERBAL 2020-215 (2) (1).pdf
1057K



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

Respuesta automática: AGENDAMIENTO DE CITA PARA REVISION DEL PROCESO 11001310300720200021500

1 mensaje

Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

19 de enero de 2021, 16:01

Para: Lina Cepeda <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

*Su correo fue recibido con éxito. Recuerde que el horario de atención y recepción de mensajes a través del correo electrónico institucional se realiza en el **horario laboral de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, exceptuando días festivos.** Si su mensaje fue enviado fuera del horario establecido después de las 5:00 P.M., Sábado, Domingos y Festivos, se entenderá recibido al siguiente día hábil y se le dará trámite a su solicitud de acuerdo al orden en que se ha recibido sin excepciones. **Evite inconvenientes y envíe sus mensajes de datos en el horario hábil establecido.***

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Este correo electrónico contiene información de la Rama Judicial de Colombia. Si no es el destinatario de este correo y lo recibió por error comuníquelo de inmediato, respondiendo al remitente y eliminando cualquier copia que pueda tener del mismo. Si no es el destinatario, no podrá usar su contenido, de hacerlo podría tener consecuencias legales como las contenidas en la Ley 1273 del 5 de enero de 2009 y todas las que le apliquen. Si es el destinatario, le corresponde mantener reserva en general sobre la información de este mensaje, sus documentos y/o archivos adjuntos, a no ser que exista una autorización explícita. Antes de imprimir este correo, considere si es realmente necesario hacerlo, recuerde que puede guardarlo como un archivo digital.



Lina Cepeda. <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

Fwd: ALLEGANDO COPIA RECIBIDO NOTIFICACIÓN PERSONAL (Art. 291 C.G. del P.)

1 mensaje

Juan Tobar <juan.tobar@nccolombia.com.co>

6 de noviembre de 2020, 14:19

Para: "Lina Cepeda." <lina.cepeda@ncsanrafael.com.co>

Cc: Alejandra Figueroa <alejandra.figueroa@nccentenario.com.co>, Diana Aldana <diana.aldana@nccolombia.com.co>

Buenas tardes Lina, por favor encargarse de este proceso.

Por favor verificar la forma de notificación mas conveniente al HUCSR a la luz del Código General del Proceso y el Decreto 806 de 2020.

Cordialmente



cid:part1.04050008.08020407@nco.com.co

**NATIONAL
CLINICS COLOMBIA**

Juan Pablo Tobar Orozco
Gerente Jurídico y Compliance
Officer
Av. Calle 82 # 12 – 18 Piso 8,
Oficina 803, Bogotá D.C.
juan.tobar@nccolombia.com.co

Aviso: "La información contenida en este mensaje y en sus archivos anexos es estrictamente confidencial y pertenece en forma exclusiva a NATIONAL CLINICS Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise al remitente. Está prohibida su retención, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus, no obstante, NATIONAL CLINICS no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el recibo y uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos."

Notice: "The information contained in this message and its attached files is strictly confidential and is the exclusive property of NATIONAL CLINICS If you have received this message in error, please destroy it and contact the sender. The retention, reproduction, use or distribution of this information for any purpose is prohibited. This message has been tested by antivirus software. NATIONAL CLINICS assumes no responsibility, however, for any damage caused by the receipt or use of the material, given that it is the responsibility of the recipient to verify the presence of any virus or other defect by his own means."

----- Forwarded message -----

De: Dirección Científica - Gloria Elisa Lozano Cifuentes <gloria.lozano@ncsanrafael.com.co>

Date: vie., 6 nov. 2020 a las 13:10

Subject: Fwd: ALLEGANDO COPIA RECIBIDO NOTIFICACIÓN PERSONAL (Art. 291 C.G. del P.)

To: Juan Tobar <juan.tobar@nccolombia.com.co>, Direccion General - Miguel Angel Murcia Rodriguez <miguel.murcia@ncsanrafael.com.co>, Diana Aldana <diana.aldana@nccolombia.com.co>, Alejandra Figueroa <alejandra.figueroa@nccentenario.com.co>

Buenos días

Reenvio correo recibido el día de hoy para su información.

----- Forwarded message -----

De: Red Asejur <redasejur@gmail.com>

Date: vie., 6 de noviembre de 2020 1:02 p. m.

Subject: ALLEGANDO COPIA RECIBIDO NOTIFICACIÓN PERSONAL (Art. 291 C.G. del P.)

To: <direcciongeneral1@clnicasanrafael.com.co>

Bogotá, 06 de noviembre de 2020.

Señor.

MIGUEL ANGEL MURCIA RODRIGUEZ

Representante Legal Del Hospital Universitario Clínica San Rafael

Dirección de notificación electrónica: direccionggeneral1@clnicasanrafael.com.co

Bogotá D.C.

PROCESO ORDINARIO DECLARATIVO POR RESPONSABILIDAD MÉDICA.

EXPEDIENTE: 110013103007**20200021500**

INICIADO POR JOSE ALEJANDRO CARABALI Y OTROS

CONTRA HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL Y NUEVA EPS

ASUNTO: ALLEGANDO COPIA RECIBIDO NOTIFICACIÓN PERSONAL (Art. 291 C.G. del P.)

JORGE IVAN MINA LASSO, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No 10.493.777 de Santander de Quilichao - Cauca, portador de la tarjeta profesional No 201.569 del C.S. de la J. Actuando en nombre y representación del señor JOSE ALEJANDRO CARABALI CARABALI y la señora SANDRA PATRICIA LASSO DÍAZ, por medio del presente escrito me permito informarle del proceso del cual usted quedara vinculado con la siguiente información.

Anexo documentación en formato PDF, esto para su respectivo trámite.

ATTE.

MINA CONSULTORES & ASOCIADOS SAS

Avenida Jiménez No. 8A - 77 Of. 702 Edificio Seguros Universal. Teléfono: 2430364 Cel. 3017501116

E-mail. redasejur@gmail.com

Aviso: "La información contenida en este mensaje y en sus archivos anexos es estrictamente confidencial y pertenece en forma exclusiva al Hospital Universitario Clínica San Rafael. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise al remitente. Está prohibida su retención, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus, no obstante, Hospital Universitario Clínica San Rafael no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el recibo y uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos."

Notice: "The information contained in this message and its attached files is strictly confidential and is the exclusive property of Hospital Universitario Clínica San Rafael. If you have received this message in error, please destroy it and contact the sender. The retention, reproduction, use or distribution of this information for any purpose is prohibited. This message has been tested by antivirus software. The Hospital Universitario Clínica San Rafael assumes no responsibility, however, for any damage caused by the receipt or use of the material, given that it is the responsibility of the recipient to verify the presence of any virus or other defect by his own means."

--

Gloria Lozano Cifuentes

Secretaria Dirección Científica

Tel: 57 (1) 3282300 - Ext: 2740

Cra 8 No. 17 - 45 Sur Bogotá (Colombia)

gloria.lozano@ncsanrafael.com.co

Aviso: "La información contenida en este mensaje y en sus archivos anexos es estrictamente confidencial y pertenece en forma exclusiva al Hospital Universitario Clínica San Rafael. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise al remitente. Está prohibida su retención, reproducción, utilización o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus, no obstante, Hospital Universitario Clínica San Rafael no asume ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el recibo y uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos."

Notice: "The information contained in this message and its attached files is strictly confidential and is the exclusive property of Hospital Universitario Clínica San Rafael. If you have received this message in error, please destroy it and contact the sender. The retention, reproduction, use or distribution of this information for any purpose is prohibited. This message has been tested by antivirus software. The Hospital Universitario Clínica San Rafael assumes no responsibility, however, for any damage caused by the receipt or use of the material, given that it is the responsibility of the recipient to verify the presence of any virus or other defect by his own means."

3 adjuntos



image001.png

14K



2020-00215 Admite demanda.pdf

50K



CITACIÓN PARA DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN PERSONAL DE AUTO QUE ADMITIÓ DEMANDA.pdf

488K

Señores

JUZGADO SEPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTA.

E.

S.

D

REFERENCIA: PROCESO DECLARATIVO
DEMANDANTES: JOSE ALEJANDRO CARABALÍ
SANDRA PATRICIA LASSO DIAZ
DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA
EPS S.A
RADICADO: 2020-00215

LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ, mayor de edad, domiciliada y residente en Bogotá D.C. identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.636.173 de Tunja (Boyacá), abogada en ejercicio y portadora de la tarjeta profesional No 301.153 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, institución de Utilidad Común sin ánimo de lucro del sector privado, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C , con personería jurídica reconocida mediante Resolución No 25 del 27 de mayo de 1929 emanada por el Ministerio de Gobierno, identificado con NIT No 860-015-888-9, conforme al poder otorgado al suscrito por su Representante Legal, Doctor **MIGUEL ÁNGEL MURCIA RODRIGUEZ**, persona mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No 19.327.087 expedida en Bogotá D.C., domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C, tal y como se acredita en el poder allegado al momento de la notificación de la demanda, estando dentro del término procesal correspondiente, teniendo en cuenta que la parte demandante no efectuó la notificación personal conforme a lo estipulado en el artículo 8 del Decreto 806 de 2020, puesto que no allego en el mensaje de datos el escrito de la demanda y sus anexos como se evidencia en los soportes adjuntos, siendo allegados los mismos por el Despacho Judicial el día 01 de marzo de la presente anualidad, me permito dar contestación a la demanda, en los siguientes términos:

I. EN CUANTO A LOS HECHOS

De acuerdo a las manifestaciones hechas por la parte actora, me permito referirme a cada una en los siguientes términos:

AL HECHO 1°. ES PARCIALMENTE CIERTO, toda vez que, la paciente sí fue ingresada como asegurador Nueva E.P.S., No obstante, lo anterior, conforme a los registros realizados en la historia clínica de la paciente Salome Carabalí Lasso, ingresó al Hospital Universitario Clínica San Rafael el día 31 de julio de 2015 a las 8:44 am, por el servicio de urgencias presentando un cuadro clínico de tres días de fiebre no cuantificada controlada con acetaminofén, signos vitales dentro de rangos normales para la edad y se clasifica por el personal de salud como triage 3.

AL HECHO 2°. ES PARCIALMENTE CIERTO, de acuerdo con la historia clínica de la paciente Salome Carabalí identificada con NU 1033786951, se puede evidenciar que el diagnóstico principal es Fiebre, no especificada. Al tratarse de una paciente femenina de 15 meses de edad que presenta al momento de su ingreso cuadro febril de 3 días no cuantificada, dicho estado febril se asocia a una rinorrea hialina, sin tos, y se decide dar manejo con acetaminofén, sin presentar otros síntomas, por lo anterior, se considera posible pródromo de infección viral, se decide de igual forma toma de paraclínicos para descartar otros focos.

Al examen físico no se reportan anormalidades; se determina toma de para clínicos y revaloración. A las 13:46 se revalora reportan que la fiebre cedió transitoriamente con acetaminofén, sin otros síntomas asociados, en ese momento con temperatura de 39.2 grados saturación sin oxígeno 92%; reportan hemograma con leucocitosis y neutrofilia, Proteína C reactiva de 14.6, uroanálisis no sugestivo de infección; se ordena dosis de dipirona y se solicita Rx de tórax para revalorar con resultados.

Se revalora nuevamente el 31 de julio a las 17:27, reporta médico tratante que la paciente luce en buen estado general, sin cambios en constantes vitales ni en el examen físico, se procede a la revisión de radiografía de tórax la cual muestra infiltrados parahiliares intersticiales derechos, no consolidaciones.

AL HECHO 3°. NO ES CIERTO, teniendo en cuenta que no se le autorizó la salida del Hospital Universitario Clínica San Rafael, puesto que conforme a la atención inicial se ordenó dosis de dipirona y se solicitó RX de tórax para revalorar con resultados, conforme se manifestó en el **HECHO 2** del presente documento:

“Se revalora nuevamente el 31 de julio a las 17:27, reportan luce en buen estado general, sin cambios en constantes vitales ni en el examen físico. Revisan radiografía de tórax la cual muestra infiltrados parahiliares intersticiales derechos, no consolidaciones”

Después de dicha revisión de exámenes y suministro de medicamento, se comenta con pediatra de turno y se determina inicio de manejo antibiótico con amoxicilina, se cita a control a las 12 horas. Por lo anterior, es claro que el 31 de julio de 2015 se hace valoración a la paciente sin autorizar su egreso, pues requería control 12 horas después; transcurridas estas 12 horas la paciente es nuevamente valorada por el personal médico el 01 de agosto de 2015.

AL HECHO 4°. NO ES CIERTO. Conforme a la citación realizada por el profesional de la salud, la menor es atendida nuevamente el 01 de agosto, no el 02 como lo manifiesta la Parte demandante, control realizado el **1 de agosto de 2015 a las 12:56 pm**, se consigna en esta valoración que madre de la menor la ve en mejor condición general con respecto a días previos; ultimo pico febril 6 horas antes, tolera bien la vía oral, signos vitales: FC: 124xmin, FR: 29xmin, Temperatura de 37.0 grados, saturación 95% sin oxígeno. Examen sin anormalidades referidas. Hemograma con leucocitos dentro de normalidad, plaquetas dentro de normalidad. Proteína C reactiva positiva. Se analiza paciente con último pico febril hace 6 horas, no luce séptica, no dificultad respiratoria, se continúa igual manejo y se ordena control en 12 horas para nueva valoración.

El día 2 agosto de 2015 a las 4:26 am, se realiza nuevamente valoración de la menor por el servicio de consulta por urgencias, refieren fiebre de 3 días y se queja mucho. Se clasifica triage 3. La paciente se atiende en consulta este día a las 4:42 am por presentar fiebre, se relata 3 días de fiebre de 38 grados asociado a irritabilidad, hiporexia y nauseas; en manejo con amoxicilina, loratadina y acetaminofén sin mejoría de síntomas por lo cual reingresa. Signos vitales con FC: 120xmin, FR: 23xmin, TA 90/60, temperatura 36 grados, saturación 92% sin oxígeno, peso 9.1 Kgs. Al examen solo se reporta orofaringe congestiva. Se ordenan nuevos para clínicos y se revalorara. Se revalora este mismo día a las 7:48 am, se reporta decaimiento general, FC: 145xmin, FR: 36xmin, temperatura 37 grados; examen físico reportado sin anormalidades; hemograma dentro de normalidad con leve anemia; PCR positiva; uroanálisis no sugestivo de infección; radiografía de tórax infiltrado para hilar intersticial y basal sin tendencia a consolidar.

Mediante evolución del día **3 de agosto a las 8:08 a.m.** se evidencia abdomen con defensa muscular con dolor en fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal. Se analiza paciente con cuadro de 5 días de fiebre que inicia con sensibilidad en cuadrante inferior derecho con signos muy dudosos de irritación peritoneal por lo que solicitan eco abdominal y valoración por cirugía pediátrica. A las 15:51 la paciente es evaluada por cirugía pediátrica Evidencia irritabilidad a la palpación abdominal media y profunda; por lo anterior, se decide realizar TAC de abdomen.

Este mismo día a las 16:51, analizan a la paciente, y deciden dar manejo con penicilina por cuadro neumónico quien presenta evolución estacionaria con persistencia de picos febriles; al examen algida con dolor a palpación de fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal, reporte de ecografía abdominal: Escaso liquido libre en hemiabdomen inferior sin poder descartar proceso apendicular. Continúa manejo antibiótico.

Por lo anterior, se evidencia que se prestaron los servicios de salud de manera oportuna, segura y continúa basados en las necesidades de salud presentadas por la menor, cumpliendo con los protocolos y guías de manejo establecidos por el Hospital.

AL HECHO 5°. ES CIERTO, la paciente fallece el 06 de agosto de 2015 a las 18:50 por presentar arresto cardiaco, se asiste con masaje cardiaco externo y ventilación manual con bolsa con respuesta a los 3 minutos. Presenta posteriormente nueva parada cardiaca, continúa dependiendo de alto soporte inotrópico, muy edematizada, pésima perfusión distal, anúrica. A las 18:40 horas presenta nuevamente paro cardiaco sin respuesta a maniobras y fallece a las 18:50

AL HECHO 6°. ES PARCIALMENTE CIERTO. De acuerdo con la información suministrada por la parte demandante, la misma no coincide con el reporte de causa de muerte generado en la autopsia, puesto que la misma reporta como causa de muerte choque séptico, con evidencia a nivel pulmonar de tuberculosis miliar, con inflamación granulomatosa crónica de tipo tuberculosis. Riñones con cambios sugestivos de necrosis tubular aguda. Corazón: miocarditis y pericarditis con inflamación granulomatosa crónica de tipo tuberculosis. Estos hallazgos también se evidencian en pacientes con infección por S. aureus y el puntaje de diagnóstico para TB por criterio histopatológico no es significativo.

Reporte postmortem de hemocultivos del día 05 y del 06 de agosto de 2015 y cultivo de secreción traqueal del 06/08/2015 con Estafilococo aureus resistente a oxacilina.

La correlación clínica-Radiológica, antecedentes médicos y pruebas de laboratorio

realizadas en la institución no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, conforme a los criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones por carecer de fundamento factico y legal que las amparen, además de ser temerarias teniendo en cuenta las verdaderas circunstancias acaecidas respecto de los procedimientos y atenciones brindadas en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL. En consecuencia, solicito que se condene a la parte actora a pagar las costas y demás gastos procesales.

Así mismo me opongo a que se condene a mi representada el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, ya que no es posible que se declare un nexo causal entre los hechos del personal del hospital y el presunto daño que alude la parte demandante, toda vez que bajo ninguna circunstancia fue puesta en peligro la salud o vida de la paciente, todo lo contrario se generaron todas las atenciones de salud requeridas, las cuales en todo momento contaron con los atributos de calidad para dichas prestaciones, esto es, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, lo que en consecuencia hacen improcedentes las pretensiones de condena invocadas en su contra.

DECLARATIVAS

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1°: **ME OPONGO** a cualquier declaración que implique obligaciones a cargo del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, en el presente proceso ya que mi representada dio cumplimiento a los requerimientos que la patología de la paciente necesitaba en el momento de la atención, los cuales fueron suministrados con prudencia y diligencia, no podemos olvidar que la obligación es considerada de medios. Este es el caso de la obligación que se tenía frente a la paciente: El médico no tiene la obligación de sanarla, sino de poner sus mejores oficios y conocimientos al servicio de la paciente, es decir, de efectuar de manera prudente y diligente, como siempre lo realizó el Hospital.

CONDENATORIAS

FRENTE A LA PRETENSION 2°: **ME OPONGO** a que se condene a reconocer el pago de daños y perjuicios a mi representada. Se aclara Señor Juez que mi representada no incurre en ningún tipo de responsabilidad frente a la atención medica brindada a la menor **SALOME CARABALI** en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, por cuanto la atención medica fue brindada de manera oportuna, continua y permanente, de acuerdo a su patología, tal como se deduce de la historia clínica de la paciente.

En consecuencia, por parte de mi representada no hay lugar al pago de perjuicios pretendidos por la parte demandante en este acápite.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3°: **ME OPONGO** a que se condene a el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, al pago por concepto de daño emergente, por

no existir ningún fundamento factico ni jurídico para declararlo responsable frente a los perjuicios reclamados.

Igualmente, **ME OPONGO** a que se condene a el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, al pago por concepto de daño moral, por no existir ningún fundamento factico ni jurídico para declararlo responsable frente a los perjuicios reclamados.

A su vez, **ME OPONGO** a que se condene a el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, al pago por concepto de daño en vida en relación y alteraciones en las condiciones de existencia, por no existir ningún fundamento factico ni jurídico para declararlo responsable frente a los perjuicios reclamados.

FRENTE A LA PRETENSION 4°: ME OPONGO a que se condene al **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** a pagar suma alguna a favor del demandante, por no existir algún fundamento factico, ni jurídico para declararlo responsable de los perjuicios reclamados.

III. EXCEPCIONES QUE SE PROPONEN

Teniendo en cuenta los hechos presentados y su correspondiente contestación, me permito plantear las siguientes excepciones, con el fin de que su Despacho las tenga en cuenta al momento de resolver lo que en derecho corresponda:

➤ EXCEPCIONES DE MERITO:

1. EL TRATAMIENTO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL FUE DILIGENTE, OPORTUNO Y CORRECTO EN LA ATENCION DE LA MENOR SALOME CARABALI.

Al revisar el libelo de la demanda, se verifica que los servicios a los que se comprometieron los galenos fueron ejecutados de acuerdo al estado de la ciencia médica.

Las obligaciones fueron cumplidas satisfactoriamente, por parte de mi procurado, tal como se puede determinar de la simple lectura de la historia clínica que allego con el presente escrito, a fin que su Despacho la tenga como medio de prueba dentro del trámite procesal, en la cual se establece que:

- 1. La menor SALOME CARABALI, ingreso a nuestra Institución por el servicio de urgencias el día 31 de julio de 2015 a las 8:44 am, por presentar cuadro clínico de tres días de fiebre no cuantificada controlada con acetaminofén, presenta signos vitales dentro de rangos normales para la edad y se clasifica Triage III. Al examen físico no se reportan anormalidades, se determina toma de paraclínicos y revaloración. A las 13:46 se revalora reportando que la fiebre cedió transitoriamente con acetaminofén, sin otros síntomas asociados. En ese momento con temperatura de 39.2 grados saturación sin oxígeno 92%, reportan hemograma con leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva de 14.6, uroanálisis no sugestivo de infección. Se ordena dosis de dipirona y se solicita Rx de tórax para revalorar con resultados.*

Siendo las 17:27 reportan que la paciente luce en buen estado general, sin cambios en constantes vitales ni en el examen físico. Revisan radiografía de tórax la cual muestra infiltrados parahiliares intersticiales derechos, no consolidaciones. Se comenta con pediatra de turno y se determina inicio de manejo antibiótico con amoxicilina, se cita a control a las 12 horas.

2. Para el día 01 de agosto de 2015 a las 12:56, se consigna en esta valoración que la madre de la menor la ve en mejor condición general con respecto a días previos, ultimo pico febril 6 horas antes, tolera bien la vía oral, signos vitales: FC: 124xmin, FR: 29xmin, Temperatura de 37.0 grados, saturación 95% sin oxígeno. Examen sin anormalidades referidas. Hemograma con leucocitos dentro de normalidad, plaquetas dentro de normalidad. Proteína C reactiva positiva. Se analiza paciente con último pico febril hace 6 horas, no luce séptica, no dificultad respiratoria, se continúa igual manejo y se cita a control en 12 horas para nueva valoración.
3. Para el día 02 de agosto de 2015 a las a las 4:26 am, la paciente consulta por urgencias, refieren fiebre de 3 días y se queja mucho, se clasifica triage III. Se atiende en consulta a las 4+42 am, se registra motivo de consulta fiebre, se relata 3 días de fiebre de 38 grados asociado a irritabilidad, hiporexia y nauseas; en manejo con amoxicilina, loratadina y acetaminofén sin mejoría de síntomas por lo cual reingresa. Signos vitales con FC: 120xmin, FR: 23xmin, TA 90/60 Temperatura 36 grados, saturación 92% sin oxígeno, peso 9.1 Kgs.

Al examen solo se reporta orofaringe congestiva, se ordenan nuevos para clínicos y se revalorara ese mismo día a las 7:48 am, se reporta decaimiento general, FC: 145xmin, FR: 36xmin, temperatura 37 grados; examen físico reportado sin anormalidades; hemograma dentro de normalidad con leve anemia; PCR positiva; uroanálisis no sugestivo de infección; radiografía de tórax infiltrado para hilar intersticial y basal sin tendencia a consolidar.
4. En evolución del 02 de agosto de 2015 a las 21:33, se evidencia persistencia de picos febriles, pobre ingesta alimentaria, mejoría de retracciones. Se analiza paciente con evolución clínica estacionaria en día cero de manejo antibiótico.
5. En evolución del día 03 de agosto de 2015 a las 08:08 am, se documenta en esta evolución abdomen con defensa muscular con dolor en fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal. Se analiza paciente con cuadro de 5 días de fiebre que inicia con sensibilidad en cuadrante inferior derecho con signos muy dudosos de irritación peritoneal por lo que solicitan eco abdominal y valoración por cirugía pediátrica.
6. El día 03 de agosto de 2021 a las 16:51 la paciente es evaluada por cirugía pediátrica, se evidencia irritabilidad a la palpación abdominal media y profunda; se decide realizar TAC de abdomen.

7. El día 03 de agosto de 2015 a las 16:51, analizan paciente en manejo con penicilina por cuadro neumónico, quien presenta evolución estacionaria con persistencia de picos febriles; al examen álgida con dolor a palpación de fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal, reporte de ecografía abdominal: Escaso liquido libre en hemiabdomen inferior sin poder descartar proceso apendicular. Continuo manejo antibiótico.
8. El día 04 de agosto de 2015 a las 8:22 AM, la especialidad de cirugía pediátrica revalora a la paciente decaída, pálida, polipneica, abdomen distendido doloroso, resistencia muscular involuntaria; se decide llevar a cirugía por posible apendicitis modificada Vs otras patologías abdominales. A las 12+08 pediatría rota antibiótico (clindamicina + amikacina)
9. El día 04 de agosto de 2015 a las 20:31, en nota operatoria se consigna: Diagnósticos post operatorios: Adenitis mesentérica, apéndice sano, se realiza apendicetomía incidental y biopsia de ganglio mesentérico.
10. Para el día 04 de agosto de 2015 a las 20:31, la paciente pasa a pisos de pediatría, se analiza lactante mayor con neumonía no especificada asociada a dolor abdominal inespecífico y a quien se le realizo laparotomía exploratoria con apendicetomía profiláctica (Apéndice sano) se interna para manejo antibiótico de penicilina, sin deterioro hemodinámico ni ventilatorio.

Continúa manejo con ciclo de penicilina y en destete de oxígeno; se encuentra sin deterioro hemodinámico ni ventilatorio, continúa manejo hospitalario en conjunto con cirugía y terapia respiratoria.

11. El día 05 de agosto de 2015 a las 10:36 am, la paciente es evaluada por cirugía pediátrica encontrando en regulares condiciones generales, presencia de múltiples picos febriles con oxígeno a 0.5 litros. Fc 186x´ Fr 56x´ Ta 100/42 Temp 37.2 grados. Gasto urinario normal, ausencia de deposiciones y de emesis. Al examen físico poco reactiva, polipneica, afebril, deshidratada con mucosa oral semiseca, abdomen: Globoso depresible con leve dolor a la palpación, peristaltismos presente normal en intensidad y frecuencia.

Se analiza paciente en regular condición general se habla con pediatría se eleva oxígeno a 1 litros se solicitan reactantes de fase aguda y se solicita valoración por cuidado intensivo.

12. El día 05 de agosto de 2015 a las 11:48, se evidencia paciente en regular condición general, polipneica, taquicardia, edema leve de extremidades; paciente en manejo por neumonía con deterioro clínico, se comenta con cuidado intensivo; se cambia antibiótico a ampicilina + sulbactam, se toman reactantes de fase aguda, score para sepsis con pruebas de coagulación, transaminasas y se ordena hemocultivar, se recomienda a grupos de turno. Ese mismo día a las 15:20 ingresa a unidad de cuidado intensivo.

13. Para el día 05 de agosto de 2015, la paciente es ingresada a la unidad de cuidado intensivo pediátrico por deterioro clínico de taquipnea distensión abdominal y lucir en anasarca con deterioro radiológico se traslada a UCIP. Al examen físico de ingreso a la Unidad en regulares condiciones generales tendencia a la somnolencia, taquicardia polipneica, con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares y distensión abdominal muy edematizada. Se asocia al manejo furosemida y se cambia manejo antibiótico a cefepime, se transfunden plaquetas y glóbulos rojos.

Igualmente, se inicia reposición de albúmina por síndrome hipooncótico severo. Se realiza ecografía de abdomen compatible con íleo intestinal.

14. Para el día 06 de agosto presenta dificultad respiratoria con progresión a falla por lo que se realiza intubación orotraqueal y se adapta a ventilación mecánica dependiendo de altos parámetros ventilatorios con persistencia de hipoxemia. Con datos de choque requiere expansión de volemia y dosis progresivamente ascendentes de noradrenalina. Gases con presencia de acidemia mixta de difícil manejo.

15. Siendo las 10:15 am, la paciente presenta desaturación súbita con asistolia, se inicia ventilación con presión positiva y compresiones externas se pasa dosis de adrenalina y se aumenta infusión de noradrenalina se verifica ritmo cada 2 minutos retorno a ritmo sinusal a los 4 minutos de maniobras.

Rx de tórax con presencia de signos de sobrecarga y atelectasia apical derecha restricción significativa por distensión abdominal. Continúa en anasarca anúrica, se solicitan insumos para inicio de hemodiafiltración por clínica de insuficiencia corticosteroidea del paciente crítico se ordena hidrocortisona.

El laboratorio informa crecimiento de bacilos Gram negativos en hemocultivos del 05/08/21, se mantiene tratamiento con cefepime y por hallazgo de cocos Gram + se adiciona vancomicina. Se considera progresión a disfunción orgánica múltiple (alteración hemodinámica respiratoria, renal y hematológica).

Paciente en pésimo estado general, muy hipotensa a pesar de alto soporte, se expande volemia con bolo de albúmina al 5%, se aumenta noradrenalina, adrenalina y se inicia vasopresina. Persiste mal estado general, gases con acidemia mixta de predominio respiratorio, con trastorno severo de oxigenación, se reajustan parámetros ventilatorios. Se realiza ecocardiograma que muestra hipertensión pulmonar severa con dilatación de cavidades derechas y colapso de ventrículo izquierdo.

Se inicia milrinone, presenta arresto cardiaco, se asiste con masaje cardiaco externo y ventilación manual con bolsa con respuesta a los 3 minutos. Presenta posteriormente nueva parada cardiaca, continúa dependiendo de alto soporte inotrópico, muy edematizada, pésima perfusión distal, anúrica. A las 18:40 horas

presenta nuevamente paro cardíaco sin respuesta a maniobras y fallece a las 18:50 del 6 de agosto del 2015.

Igualmente, cabe la pena resaltar que a la paciente se le prestaron los servicios de salud de manera oportuna, segura y continúa basados en las necesidades de salud presentadas por la menor, cumpliendo con los protocolos y guías de manejo establecidos por el Hospital, a su vez es de gran importancia resaltar que de acuerdo a la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica la complejidad y limitaciones que existen para diagnosticar tuberculosis infantil.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el diagnóstico de tuberculosis en la infancia, se basa habitualmente, en una fuerte presunción, que surge de la suma de elementos clínicos, radiológicos y el antecedente de contacto con un foco tuberculoso. Pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos. Asimismo, se debe precisar que los individuos con infección tuberculosa no son enfermos, por lo tanto, no presentan síntomas ni signos de enfermedad, la mayoría de los niños enfermos de tuberculosis pulmonar pueden hallarse asintomáticos o con muy pocos síntomas lo cual dificulta establecer el diagnóstico.

Como queda demostrado en las anteriores consideraciones, y como se probará en el transcurso del presente proceso, la atención brindada a la menor SALOME CARABALI, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, fue oportuna, diligente y continua con el pleno cumplimiento de la LEX ARTIS vigente al momento de los hechos.

Así las cosas, es claro que las pretensiones de la parte demandante están llamadas al fracaso, pues, de acuerdo con el estado de salud de la paciente, los galenos tomaron las decisiones que la ciencia médica señala, para el manejo de los síntomas que presentaba la menor SALOME CARABALI, cuando fue atendida en las instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Es necesario para que exista responsabilidad, que entre la culpa y el daño haya una relación de causalidad, es decir, que el daño sea consecuencia del dolo o culpa. Es decir que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta médica, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio; la conducta, entonces debe ser determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la atención medica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado.

En el caso que nos ocupa, de la información contenida en la historia clínica, se evidencia claramente que el equipo de salud realizo todas las actividades que le eran exigibles de acuerdo con los hallazgos clínicos y el estado actual del ejercicio de la medicina, el equipo de salud no escatimo esfuerzos para salvar la vida de la paciente, fue atendida por los especialistas requeridos conforme a su estado de salud. Se brindó atención oportuna,

segura y continúa basada en las necesidades de salud presentadas, acorde a las Guías de práctica clínica, protocolos y demás lineamientos establecidos por la institución.

Ahora bien, se debe precisar a su Despacho que la relación de causalidad es la demostración de que al actuar de mi representada es el origen del daño. Así, los hechos fortuitos a los que tienes origen ajeno a su función no puede ser motivo de responsabilidad.

La causalidad es el camino o proceso que conduce desde el hecho inicial hasta la situación presente, es el puente entre el acto y la situación lesiva; se trata de una relación que muchas veces presenta extraordinarias dificultades para valorarla, debido a sus dudas o explicaciones multicausales, que dan lugar a peritajes delicados y complejos pero inexcusables dada la trascendencia.

Las principales dificultades tienen su origen en un hecho muy habitual; la multiplicidad de causas. Excepcional que en el daño sufrido por el paciente exista una causa única, lineal o directa cuya inevitable sea el daño.

Es habitual un conjunto de concausas, con un papel más o menos trascendente en el desencadenamiento del daño. Por ejemplo, las infecciones nosocomiales. En este caso hay que tener en cuenta que no es una obligación exactamente igual a la que hay si se derrumba un techo, es un microorganismo vivo en un huésped que también tiene su mecanismo inmunitario, y hay una serie de factores que podríamos llamar concausas, que pueden favorecer que el paciente de la cama se infecte y el que está a lado en contacto con los mismos gérmenes no se infecte.

De los únicos criterios para la valoración entiendo como el único aceptable en la peritación médico- legal de la responsabilidad médica, es el de la causalidad adecuada.

De acuerdo con este criterio, son causas aquellos sucesos capaces de producir el efecto lesivo en un desarrollo lógico de la cadena de procesos patogénicos. La causalidad medica al momento de realizar la pericia, suele ofrecer grandes dificultades y es necesario discriminar la participación de distintas concausas. Muchas veces la dificultad radica en el insuficiente conocimiento médico de la patogenia de ciertas enfermedades, radica entonces en la propia medicina. En efecto, aun cuando, gracias a los progresos científico, las enfermedades son cada vez mejor conocidas, no siempre están aclarados todos los elementos que llevan a su aparición y a las diferentes evoluciones.

Entiendo que la base del juicio médico-legal sobre la causalidad será fundamentalmente un criterio final fisiopatológico. De acuerdo con este criterio los datos de la historia clínica y el examen pericial, en el caso objeto de pericia se comparan y contrastan con descripciones y estadísticas de cuadros patológicos. De esta comparación surge objetivamente la ausencia o existencia de causalidad entre la acción de la IPS y el daño que le imputa.

En el caso medico se debe demostrar palmaria e inexorablemente que su actividad produjo la lesión imputada.

Entre la actuación de mi mandante y los daños enunciados en el libelo demandatorio, no se evidencia relación alguna de causalidad entre el primero y los segundos que puedan o generen responsabilidad o compromiso.

Es importante no aportarnos de lo que realmente se debate en este proceso, lo cual es el estudio de la responsabilidad civil en la que eventualmente se pueden ver involucradas las personas a las que se les endilga bien sea por acción u omisión unos perjuicios ocasionados.

Finalmente, valga la pena mencionar que en materia de responsabilidad civil médica se tiene establecido por parte de la Corte Suprema de Justicia, que la carga de la prueba en relación con el nexo de causalidad entre la conducta y el daño, la tiene el demandante, es decir a esta a quien le corresponde probar dicho nexo.

Así por ejemplo, la Sala Civil dejó por sentado en sentencia del 13 de septiembre de 2002, lo siguiente: *“...si, entonces, el medico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un perjuicio específico, este debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su función. Lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación correspondiente, cualquiera que sea el criterio, que se tenga sobre la naturaleza jurídica.*

Es así como carecen de fundamento técnico-científico las apreciaciones que de manera subjetiva se formulan en el libelo demandatorio, las cuales deberán ser demostradas por la parte demandante, en especial aquellas en las que manifiestan que las actuaciones realizadas de sustento técnico- científico...”

*En conclusión y conforme con el resultado de la autopsia realizada a la paciente SALOME CARABALI, en la cual se reporta como causa de muerte choque séptico, con **evidencia a nivel pulmonar de tuberculosis miliar, con inflamación granulomatosa crónica de tipo tuberculosis.** Riñones con cambios sugestivos de necrosis tubular aguda. Corazón: miocarditis y pericarditis con inflamación granulomatosa crónica de tipo tuberculosis. Estos hallazgos también se evidencian en pacientes con infección por S. aureus y el puntaje de diagnóstico para TB por criterio histopatológico no es significativo.*

*Con base a lo anterior, es importante precisar que el postmortem de hemocultivos del 05 y del 06 de agosto de 2015 y cultivo de secreción traqueal del 06 de agosto de 2015 con *Estafilococo aureus* resistente a oxacilina. En razón a esto y teniendo en cuenta la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica, que debido a la complejidad y limitaciones que existen para el diagnóstico de la tuberculosis infantil y el mayor riesgo que tiene esta población de progresar de infección a enfermedad en poco tiempo, además a más de 120 años de haberse descrito el bacilo de la tuberculosis, no existe en la actualidad ningún método efectivo y rápido que permita hacer el diagnóstico*

TB en el niño. Anudado a ello, es importante precisar que en los estudio realizados frente a la tuberculosis infantil no se encontró relación entre el criterio epidemiológico con el diagnóstico de TBC Bk positivo, esto se debe probablemente a que el criterio epidemiológico, a diferencia de los otros parámetros de los criterios de Stegen y Toledo, no corresponde un método diagnóstico directo ni indirecto de la infección por TBC y su presencia solo aumenta el valor predictivo positivo de cualquier método indirecto, por lo cual la presencia del criterio radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnóstico con tuberculosis BK positivo.

Lo anterior y teniendo en cuenta que el Hospital Universitario Clínica San Rafael brindó atención oportuna, segura y continúa basado en las necesidades de salud presentadas por la paciente, acorde a las guías de práctica clínica, protocolos y demás lineamientos establecidos por la institución permite concluir que no hay nexos causal entre el hecho que pretende atribuir la parte actora, culpa, en su incoada y el deceso de la menor Salome Carabalí como se evidencia en el historial clínico al momento de ingresar a nuestra Institución fue valorada por los profesionales con la experticia y se le realizaron los exámenes requeridos, conforme a su estado de salud en los cuales no se logró evidenciar los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar.

3. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Vale la pena recordar, que la responsabilidad civil es la consecuencia jurídica en virtud de la cual, quien ha causado un daño en forma ilícita, debe indemnizarlo ya que está obligado a repararlo.

La Corte Suprema de Justicia, establece que tratándose de la responsabilidad civil de los médicos, esta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa. Igualmente, en diversas jurisprudencias, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado que el medico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que en caso de reclamación, el actor debe demostrar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación.

Anudado a lo anterior, la Corte Suprema de Justicia, dese la sentencia del 05 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre las obligaciones de medio y de resultado, estimo que por lo general la obligación que adquiere el médico, es una obligación de “medio”.

En la misma jurisprudencia, la Corte Suprema de Justicia, con relación a la Responsabilidad Civil Extracontractual, sostienen que cuando se trata de deducírsele responsabilidad al médico por el acto médico defectuoso o inapropiado, debe aplicársele los lineamientos sobre la carga de la prueba, descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegiadas por el artículo 2356 del Código Civil para cuando el daño se origina como consecuencia del ejercicio de una actividad peligrosa, porque la labor medica está muy lejos de asimilarse a ellas, pues es una actividad de beneficencia, no de mera liberalidad ni en interés del profesional de la salud sino de la vida y salud del paciente.

Del análisis de los planteamientos de la Corte Suprema de Justicia, anteriormente citados, se deduce que la demostración de la culpa del médico es un requisito sine qua non para la

estructuración de la responsabilidad civil de los médicos. Los demás presupuestos de la responsabilidad civil de los médicos no son extraños al régimen general de responsabilidad: un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia o cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad entre el daño sufrido y el comportamiento médico.

En el presente caso, no se configuran los presupuestos mencionados, toda vez que el actuar de mi poderdante y los médicos que participaron en el proceso de atención se ciñeron a los postulados que la ciencia médica exige para el tratamiento de un caso clínico como el presentado en la paciente. La actuación de mi representada fue en todo momento prudente, diligente, idóneo y oportuno. No existió relación de causa-efecto entre el actuar de mi mandante y el supuesto daño sufrido por los demandantes. Igualmente, no se colige del libelo demandatorio prueba alguna de la culpa en la que supuestamente incurrió mi mandante, toda vez que como se mencionó con antelación se prestaron los servicios de salud de manera oportuna, segura y continúa basados en las necesidades de salud presentadas por la menor, cumpliendo con los protocolos y guías de manejo establecidos por el Hospital, resaltando que de acuerdo a la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica la complejidad y limitaciones que existen para diagnosticar tuberculosis infantil.

Teniendo en cuenta que la obligación del médico es de medio, para poder deducir su responsabilidad, debe probarse que su actuación, fue descuidada o negligente, es decir, debe probarse su culpa, además del daño y nexos causal entre ambos, al respecto el Tribunal Superior de Medellín expresa que:

“como se ha manifestado a través de este estudio, las obligaciones contraídas por el médico son de medio, en consecuencia, si no obtiene resultados positivos en su intervención responderá civilmente siempre y cuando se le acredite el elemento subjetivo de la responsabilidad culpa, que puede configurarse jurídicamente bien por abandono o descuido al paciente o por no haber utilizado el tratamiento adecuado a pesar de que conocía que era el recomendado”

Por lo anterior es claro en el presente proceso que la parte demandante tiene la obligación de demostrar de mi mandante y no limitarse a realizar apreciaciones subjetivas, descargando su diligencia y responsabilidad de demostración en la contraparte y el Despacho. En resumen, los actores deben demostrar que el Hospital universitario Clínica San Rafael, no actuó diligentemente en garantizar los accesos a los servicios médicos requeridos, condición que precisamente es no predicable en el presente caso, ya que la paciente fue atendida por recurso humano y en las instalaciones del Hospital bajo procedimientos indicados por la Lex Artis y por profesionales idóneos.

Actualmente en Colombia la responsabilidad medica es de medio y no de resultado: es decir el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero si de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría.

Excepcionalmente es de resultado como en aquellos casos de cirugías estéticas, donde el paciente piensa que va obtener un resultado por la información deficiente que dan los facultativos; pues la información sesgada puede dar expectativas irreales y es la que genera la responsabilidad. La obligación contractual o extracontractual del médico respecto de la persona a quien va a tratar, es una prestación de servicios enmarcada en el consentimiento.

4. FALTA DE LEGITIMIDAD EN LA CAUSA POR PASIVA, EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, CUMPLIO CABALMENTE LAS OBLIGACIONES QUE LE CORRESPONDIAN EN LA ATENCION MEDICA DE LA PACIENTE SALOME CARABALI Y PUSO AL SERVICIO DE LA PACIENTE TODOS LOS RECURSOS HUMANOS Y TECNICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DIAGNOSTICO QUE PRESENTABA.

La legitimación pasiva hace referencia a la aptitud legal de la persona contra quien se dirige la acción, de ser efectivamente la llamada a responder por la presunta vulneración de las obligaciones contractuales. Dijo el Tribunal Superior de Bogotá:

“Hay legitimación en la causa por pasiva, si el demandado es llamado a responder de acuerdo con la ley por ser el titular de la obligación correlativa. La legitimación es propia del derecho sustancial y no del derecho procesal” (Ricardo Zopo Méndez 2 de abril de 2003)

Al revisar el libelo de la demanda, se verifica que los servicios brindados por los galenos fueron debidamente ejecutados, garantizando de acuerdo al estado de la ciencia médica, el mejor tratamiento para la patología que presentaba la paciente, prestando de manera oportuna los servicios necesarios para el restablecimiento de sus condiciones de salud.

Al respecto señor Juez, me permito reiterar el resumen de las atenciones médicas brindadas a la paciente que se realizó con antelación, en las cuales se puede determinar que la paciente Salome Carabalí, en todo momento recibió la atención medica que requería, brindada por médicos especialistas y se le practicaron todos los exámenes y procedimientos tendientes al manejo del estado de salud y su diagnóstico. De tal forma que en la atención medica brindada a la menor Salome Carabalí, se tomaron todas las medidas que requería para el restablecimiento de su salud.

Es de aclarar, que el estado de salud de la paciente, no es producto de la atención médica brindada en la entidad, sino son consecuencias propias de la enfermedad que presentaba y del manejo que se requería para restablecer su salud.

5. LA ACTUACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL FUE AJUSTADA DE ACUERDO AL ORDENAMIENTO JURIDICO.

La clínica como institución prestadora de los servicios de salud- IPS-, se encuentra definida en el Sistema General de la Seguridad Social en Salud- SGSSS- dentro de la ley 100 de 1993 artículo 185, que establece expresamente que:

“...ARTICULO 185.-Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley...”

Dentro del anterior contexto, el Hospital Universitario Clínica San Rafael prestó los servicios de salud que requirió la paciente Salome Carabalí, concluyéndose, como se observa en la historia clínica que me permito aportar al presente escrito, que la paciente recibió la atención médica necesaria y de acuerdo a la patología por la cual ingreso a la entidad en el momento oportuno. De tal forma que se puede establecer sin lugar a dudas que todos los servicios y procedimientos que fueron requeridos por la paciente, fueron debidamente practicados, en cumplimiento de nuestras obligaciones como prestadores de servicios de salud, se le otorgó la atención médica que la paciente requería.

Por el contrario, es la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentre afiliado el paciente, la que de conformidad con la ley, tiene atribuida la obligación de brindar el aseguramiento integral en salud, en efecto, la afiliación al régimen contributivo se debe realizar con una EPS, la cual por mandato del artículo 177 de la ley 100 de 1993 le corresponde:

“Las entidades promotoras de salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio de los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente ley.”

Del mismo modo, el artículo 178 de la misma normatividad establece las funciones de las Entidades Promotoras de Salud, así:

- a) Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- b) Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*
- c) Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.*
- d) Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.*
- e) Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.*
- f) Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- g) Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”*

En el presente caso se puede observar que en ningún momento mi representada transgredió algún derecho de los demandantes, toda vez que le prestó la atención necesaria a la menor Salome Carabalí, sin que en ningún momento se afectara o dilatará su atención

en salud, pues se reitera, la atención fue integral, oportuna y acorde a la patología por la que ingreso la paciente, tal como se evidencia en la historia clínica que se aporta al presente escrito.

EXCEPCION INOMINADA O GENERICA

Propongo la excepción conocida como genérica, es decir, que se declare cualquier excepción de mérito, que aun sin haber sido formulada de manera particular resulte probada, de conformidad con las disposiciones constitucionales, legales y contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyen el marco jurídico del presente proceso.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

LEGALES

Ley 100 de 1993; Libro Segundo. “La presente ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”

Numerales 3 y 9 del artículo 153 en cuanto a que la atención en salud debe ser prestada “en cantidad, oportunidad, eficiencia y calidad...” y que el sistema controlara los servicios “para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.”

JURISPRUDENCIAL

Es aceptado que la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal “entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente. Por lo tanto, el medico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado. **Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos donde se desprende aquella**” (GJ.t.XLIX. p. 120)

Esta claramente decantado por la jurisprudencia que: **“La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, ósea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de este...”** (G.J.1935. Pág.118). Sentencia del 05 de marzo de 1940. (Negrilla por fuera del texto original)

Con relación a los perjuicios inmateriales debe tenerse presente que la demostración de su existencia le corresponde al extremo demandante y una vez probados la valoración del

“quantum debeatur” se circunscribe al arbitrio del Juez, quien en su estimación tiene en cuenta: “apropiada la determinación de su cuantía en el marco factico de circunstancias, condiciones de modo, tiempo y lugar de los hechos, situación o posición de la víctima y de los perjudicados, intensidad de la lesión a los sentimientos, dolor, aflicción o pesadumbre y demás factores incidentes conforme al árbitro judicial ponderado del fallador. (Cas.Civ. Sentencia 18 de septiembre de 2009, exp 20001-3103-005-2005-00406-01)

DOCTRINARIO

1. En el terreno de la medicina el autor Ricardo de Ángel Yaguez cita el caso de una sentencia francesa. Una mujer sufría hemorragia de matriz, el medico consultado no diagnóstica un cáncer, a pesar de datos clínicos bastante claros. Cuando la paciente, por fin, consulta a un especialista, es demasiado tarde; el cáncer de útero ha llegado a su estado final y la enferma muere. No se puede decir que el primer medico haya matado a la enferma. Podría, incluso tratada a tiempo, haber muerto igualmente, si se considera que el perjuicio es la muerte, no se puede decir que la culpa del médico haya sido una condición sine qua non de la muerte, Ricardo de Ángel Yaguez. ALGUNAS PREVISIONES SOBRE EL FUTURO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL (Con Especial Atención a la Reparación del Daño). Madrid, Ed. Civitas S.A, 1995, págs. 83-849. Criterio que fue acogido por la Sala en sentencia de 26 de abril de 1999, exp 10.755 y de 15 de junio del 2000, exp 12.548.
2. Dice Gamarra que: “ **Caso típico de obligación de medios es la que asume el médico, puesto que no se compromete a lograr un resultado (sanar al enfermo), lo cual está más allá de sus posibilidades, puesto que depende de factores aleatorios, inciertos, como la salud del paciente, entre otros**” “Negrilla por fuera del texto original”

“La prestación del médico consistirá entonces en realizar un esfuerzo (comportarse con la diligencia del buen padre de familia) tendiente a lograr un fin, que es externo a la relación obligacional. El criterio de aleatoriedad sirve para establecer la distinción. Este carácter aleatorio proviene de circunstancias o fuerzas que escapan al poder del hombre y existe siempre, aunque en mayor o menor proporción. Su presencia, incluso en las obligaciones de resultado, es contemplada a través de la eximente de responsabilidad basada en el caso fortuito”

V. PRUEBAS

Respetuosamente solicito al Despacho decretar, practicar y valorar las siguientes:

1. **DOCUMENTALES:**

- a) Copia de la Historia Clínica de la menor Salome Carabalí Lasso, que permito aportar con el presente escrito.
- b) Guía de práctica clínica apendicitis aguda.
- c) Artículo: Asociación de Criterios de Stegen modificado por Toledo para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica. Hospital Belén de Trujillo.

- d) Guía- Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil del Comité de Neumología.

2. TESTIMONIALES:

Con el fin de que informe al Despacho la atención medica brindada a la paciente Salome Carabalí Lasso (Q.E.P.D) en las instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, cítese al siguiente testigo técnico:

- a) Doctora **Diana Ruiz**, persona mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, quien se desempeña en el cargo de Pediatra del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, quien puede ser citada a través del suscrito o en la Carrera 8 No 17-45 Sur de la ciudad de Bogotá D.C, para que manifieste lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la presente contestación.
- b) Doctor **Luis Ramírez**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, quien se desempeña en el cargo de Pediatra del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, quien puede ser citado a través del suscrito o en la Carrera 8 No 17-45 Sur de la ciudad de Bogotá D.C, para que manifieste lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la presente contestación.
- c) Doctora **Ángela María Pedraza**, persona mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C, quien se desempeña en el cargo de Gestora de Pediatría del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, quien puede ser citada a través del suscrito o en la Carrera 8 No 17-45 Sur de la ciudad de Bogotá D.C, para que manifieste lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la presente contestación.
- d) Doctor **Carlos Alberto Sánchez**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, quien se desempeña en el cargo de Gestor de Cirugía general del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, quien puede ser citado a través del suscrito o en la Carrera 8 No 17-45 Sur de la ciudad de Bogotá D.C, para que manifieste lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la presente contestación.
- e) Doctor **Giomar Corvacho**, persona mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C, quien se desempeña en el cargo de Pediatra Intensivista del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, quien puede ser citado a través del suscrito o en la Carrera 8 No 17-45 Sur de la ciudad de Bogotá D.C, para que manifieste lo que le conste sobre los hechos de la demanda y la presente contestación.

VI. PETICIONES

PRIMERA: Reconocerme personería para actuar dentro del proceso.

SEGUNDA: Exonerar y/o desvincular del proceso declarativo verbal de la referencia al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL de las pretensiones incoadas en la demanda, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente.

TERCERA: Denegar todas y cada una de las pretensiones de los demandantes en contra de mi representada, por estar fundadas en hechos que no corresponden a la realidad y carecer de cualquier fundamento legal y factico.

CUARTA: Condenar en costas a la parte demandante en favor del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

VII. VALIDEZ DE LA PRUEBA

Comedidamente solicito verificar frente a los documentos aportados como prueba por las partes, el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Ley para que la misma pueda tener validez procesal.

VIII. ANEXOS

Los documentos mencionados en el acápite de pruebas.

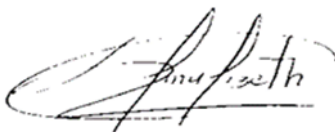
- Poder especial debidamente conferido.
- Certificado de Representación Legal.

IX. NOTIFICACIONES

La parte demandante y su apoderado podrán ser notificados en la dirección, teléfono y correo electrónico indicados en el escrito de la demanda.

La entidad demandada Hospital Universitario Clínica San Rafael y el suscrito recibiremos las notificaciones en la Carrera 8 No 17-45 Sur. Conforme al artículo 53, 56 y 67 de la Ley 1437 de 2011 manifiesto que AUTORIZO Y SOLICITO se remita toda comunicación, acto, notificación, citación o aviso a mi cuenta de correos electrónicos y a los correos electrónicos direcciongeneral1@ncsanrafael.com.co y diana.aldana@nccentenario.com.co

Cordialmente,



LINA LIZETH CEPEDA RODRIGUEZ
C.C 1.049.636.173 DE Tunja (Boyacá)
T.P No 301.153 del C. S de la J.

Contestación a llamamiento garantía de la NUEVA EPS-110013103007-2020-00215-JOSE ALEJANDRO CARABALI

Juan Esteban Bermudez <juan.bermudez@stewardcolombia.org>

Mar 21/06/2022 12:07 PM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señores,

JUZGADO SÉPTIMO (7º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Carrera 9 No. 11-45

ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ciudad

E. S. D.

REFERENCIA:	Proceso Verbal
EXPEDIENTE:	110013103007-2020-00215-00
DEMANDANTES:	JOSÉ ALEJANDRO CARABALÍ CARABALÍ SANDRA PATRICIA LASSO DÍAZ
DEMANDADOS:	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL NUEVA EPS S.A.

Asunto: Contestación al llamamiento en garantía

Respetado señor Juez,

JUAN ESTEBAN BERMÚDEZ ARCHILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 1.018.410.328 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 294.929 del Consejo Superior de la Judicatura y actuando en calidad de apoderado de **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, identificado con NIT No. 860.015.888-9, conforme al poder que reposa en el expediente, encontrándome dentro del término, me permito contestar el llamamiento en garantía realizado por la NUEVA E.P.S. S.A

Por lo anterior, se adjunta al presente:

1. Memorial de contestación en archivo PDF.

2. Copia de la Historia Clínica de la menor Salome Carabalí Lasso, que contienen las prestaciones surtidas en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL en la fecha de los hechos de la demanda en archivo RAR.
3. Guía de práctica clínica apendicitis aguda del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL vigente para la fecha de los hechos en archivo PDF.
4. Artículo: Asociación de Criterios de Stegen modificado por Toledo para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica. Hospital Belén de Trujillo en archivo PDF.
5. Guía- Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil del Comité de Neumología en archivo PDF.

Cordialmente,

JUAN ESTEBAN BERMÚDEZ ARCHILA

C. C. No. 1.018.410.328 de Bogotá D.C.

T. P. No. 294.929 del Consejo Superior de la Judicatura.

Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil

Diagnostic criteria and treatment of childhood tuberculosis

Comité Nacional de Neumonología

Coordinadora: Dra. Norma González.

Colaboradores: Dr. Víctor Pawluk, Dra. Elena Bonifachich, Dra. Cristina Cerqueiro, Dra. Sandra Inwentarz, Dra. Elsa Bisero, Dra. Graciela Luque, Dra. Miriam Bruno, Dr. Pablo Melonari, Dra. Miriam Calvari y Dra. Alicia Aletti.

Participantes de la discusión y redacción de esta guía:

Comité Nacional de Neumonología: Dra. Norma González, Dr. Víctor Pawluk, Dra. Elena Bonifachich, Dra. Cristina Cerqueiro, Dra. Sandra Inwentarz, Dra. Elsa Bisero, Dra. Graciela Luque, Dr. Fernando Vila, Dra. Laura Moreno, Dra. Virginia D'Alessandro, Dr. Fernando Meneghetti, Dra. Verónica Aguerre, Dr. Julio Nadeo, Dra. Patricia Paba, Dra. Silvia Pereyro, Dr. Fernando Ferrero, Dra. Verónica Giubergia, Dr. Claudio Castaños, Dr. Fernando Rentería, Dr. Juan Gagnetten, Dra. Corina Magadan, Dra. Sandra Bertelegni, Dra. Doris Primrose, Dr. Federico Gini Cambaceres, Dra. María Eugenia Ginestest, Dra. Cappellino Marcela, Dra. Araceli Luz Benítez, Dra. Karina Moncada, Dr. Pablo Bodas, Dra. Ana Victoria Castiñeiras, Dra. Mariela López, Dra. Silvina Smith, Dra. Marianela Bonini, Dra. Cecilia Lepera, Dra. Beatriz Reches, Dra. María Eugenia Bonilla Rocha, Dra. Karina Velázquez, Dra. Laura Lagrutta, Dr. Nicolás Castiglioni, Dr. Diego Dagnino, Dra. Vivian Leske, Dra. María Sandra Baratta, Dra. María Marta Quiñoñes, Dra. Gisela Martinchuk Migliazza, Dr. Santiago Vidaurreta, Dr. Emilio Tugender, Dra. Verónica Gimeno Ros, Dra. Mariel Vanoni, Dra. Marcela Fraga, Dra. Selva Di Coste, Dra. Lorena Lombardero, Dra. Liliana Gauna, Dra. Gabriela Andrada, Dra. Lina Abram, Dr. Hernán Talamoni, Dr. Alejandro Teper, Dra. Inés Marques, Dra. Elisabeth Bujedo, Dra. Verónica Kohn, Dr. Daniel Álvarez, Dra. Gabriela Szulman, Dr. Néstor Pisapia, Dra. Adriana Márquez, Dra. Judith Pierini, Dra. Daniela Petti, Dra. Liliana Spossi, Dra. Marina Delgado, Dra. Teresa Solís, Dra. Edith Macha Marín, Dra. Patricia Martínez, Dra. Carolina Barrías, Dra. Alicia Michelini, Dra. Anahí Kruger, Dra. Hilda Giugno, Dra. Nadia Tucci del Papa, Dra. Bárbara Vaccaro, Dr. Damián Taire, Dra. Stella Maris Piñón, Dra. Liliana Gallardo, Dra. Alejandra Meneguzzi, Dra. Sandra Barría, Dra. Silvina Cipriani, Dr. Ricardo Piñero, Dra. Nancy Amarilla, Dr. Raúl Robles, Dra. Yanina Loto.

Comité de Infectología: Dra. Miriam Bruno, Dr. Pablo Melonari, Dra. Miriam Calvari y Dra. Alicia Aletti.

Correspondencia:
Dra. Norma González:
negonza@intramed.net

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Bacteriología: Dra. María Inés Urteneche, Dra. Susana Poggi.

ÍNDICE

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA INFECCIÓN Y LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA.....	3
EPIDEMIOLOGÍA.....	4
DIAGNÓSTICO	4
Diagnóstico clínico	5
Anamnesis	5
Manifestaciones clínicas	5
Diagnóstico radiológico.....	5
Prueba tuberculínica	6
Diagnóstico bacteriológico	6
Otros métodos de diagnóstico	8
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	8
TUBERCULOSIS EN EL RECIÉN NACIDO.....	8
FORMAS CLÍNICAS	9
Infección tuberculosa (primoinfección).....	9
Forma moderada (o común)	9
Forma grave	9
TRATAMIENTO.....	10
Fármacos	10
Modalidades de tratamiento.....	11
Fases del tratamiento antituberculoso.....	12
Esquemas de tratamiento antituberculoso	12
Controles durante el tratamiento	12
Tratamiento en situaciones especiales.....	12
Efectos adversos e interacciones medicamentosas	13
PREVENCIÓN.....	14
Vacuna con bacilo de Calmette-Guérin.....	14
Quimioprofilaxis.....	16
ESTUDIO DE CONTACTOS	17
SITUACIONES ESPECIALES	17
Virus de la inmunodeficiencia humana/sida	17
Tuberculosis farmacorresistente	18
Anexo 1: BIOSEGURIDAD.....	20
Anexo 2: DEFINICIONES OPERATIVAS	22
SINOPSIS	23
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	24
TABLAS	26

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA DE LA INFECCIÓN Y LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

El agente etiológico de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch. Se trata de un bacilo aerobio estricto, ácido-alcohol resistente, sin movilidad, de crecimiento lento y que se inactiva con rayos ultravioleta y temperaturas mayores de 60°C. Existen varias especies similares que integran el complejo *M. tuberculosis*: *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. caprae*, *M. canettii* y *M. pinnipedii*. Por extensión, se aplica también el nombre de tuberculosis a la enfermedad causada por el *M. bovis*. El bacilo de Calmette-Guérin (BCG), el *M. bovis* atenuado, puede ocasionar una enfermedad indistinguible clínicamente de la tuberculosis en huéspedes inmunocomprometidos. Las enfermedades producidas por micobacterias no tuberculosas reciben el nombre de micobacteriosis.

La transmisión de la tuberculosis es fundamentalmente aérea (95% de los casos): ingresa al aparato respiratorio a través de secreciones expulsadas por la tos de enfermos contagiantes. Otras vías de ingreso al organismo, mucho menos frecuentes, son la vía transplacentaria, sobre todo, en los casos de tuberculosis miliar o genitourinaria de la madre, que determina una tuberculosis congénita; la vía digestiva, por ingestión de leche no pasteurizada (*M. bovis*); la cutáneo-mucosa, en casos de inoculación accidental de material contaminado con micobacterias; y la inoculación vacinal y diseminación sanguínea del bacilo BCG.

Luego del ingreso por la vía aérea, durante varias semanas, por lo general, de 5 a 8 (rango de 4 a 90 días), el *M. tuberculosis* crece lentamente y sin impedimentos en el interior de los macrófagos alveolares aún inactivos. El foco de infección suele ser único, localizado en los sectores medios o inferiores del pulmón, y puede, eventualmente, diseminarse a los vértices y a otras partes del organismo (diseminación linfohematógena prealérgica). Este es el período de incubación biológica, que transcurre desde el contagio hasta que se inicia la reacción inmunológica específica.

Una vez alcanzada la carga bacilar suficiente, aparece la reacción inflamatoria y se desencadena la inmunidad celular, que frena el crecimiento bacteriano.

En la primoinfección tuberculosa, el complejo primario está compuesto por chancro de inoculación, linfangitis y adenopatía satélite. El chancro puede localizarse en cualquier parte del territorio

pulmonar; es más frecuente en la periferia y en el pulmón derecho. Su tamaño es variable, incluso puede no ser detectable por radiología; sin embargo, si la necrosis fue suficientemente intensa, puede quedar una calcificación. La linfangitis es la expresión de la propagación de la infección desde el chancro hacia los ganglios regionales.

En la mayoría de los casos, este proceso de primoinfección es controlado por la inmunidad mediada por células, aunque puede quedar un pequeño número de bacilos viables, en estado latente, dentro del granuloma. No se considera a estos individuos como enfermos, pero están en riesgo de enfermarse si no se les administra quimioprofilaxis.

Alrededor del 10% de los adultos infectados, con inmunidad normal, desarrollará una tuberculosis activa a lo largo de su vida; la mitad de ellos, en los dos primeros años luego de la infección. El riesgo de enfermarse varía con la edad: es mayor en lactantes (40%-50%) y niños menores de 5 años (15%-25%), descende entre los 5 y los 10 años, y aumenta nuevamente en los adolescentes.

El término "latente" suele aplicarse al período de incubación clínica que media entre la infección y la enfermedad tuberculosa. Se caracteriza por la ausencia de signos y síntomas de tuberculosis, y se lo reconoce por la hipersensibilidad cutánea a la tuberculina.

Cuando la respuesta del huésped frente a la infección resulta inadecuada, surge la enfermedad, puesta de manifiesto por la presencia de síntomas y signos clínicos, aunque solo puede confirmarse por el aislamiento del *M. tuberculosis*.

La tuberculosis puede desarrollarse a continuación de la primoinfección cuando fracasan los mecanismos de la inmunidad: **tuberculosis primaria**. Puede manifestarse como una forma grave (meningitis, tuberculosis miliar), pero, habitualmente, se caracteriza por presentar formas neumoganglionares o pleurales.

Sin embargo, si se considera la población general, el mayor número de casos de tuberculosis se observan varios años después de la primoinfección, durante el transcurso de la vida del infectado (**tuberculosis extraprimaria**) por reactivación endógena, si declina su inmunidad, o por reinfección exógena ante un nuevo contacto. Esto da otra forma de presentación, habitualmente cavitaria y que permite diseminar la infección en la comunidad por ser bacilífera. Esta forma clínica, también llamada tuberculosis "tipo adulto", puede observarse en niños de segunda infancia y adolescentes.

EPIDEMIOLOGÍA

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, que se desarrolla en un determinado contexto de riesgo ambiental, social, sanitario e individual. Es prevenible, curable y su prevalencia tiende a disminuir naturalmente; sin embargo, en las últimas décadas, factores demográficos, socioeconómicos, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la farmacoresistencia han complicado su control.

El riesgo de infección de un sujeto depende de la cantidad de enfermos bacilíferos en la población y de factores del individuo (estado inmunitario, edad y experiencia histórica de su grupo poblacional con el bacilo). Cada paciente bacilífero puede infectar entre 10 y 16 personas por año. En poblaciones con gran cantidad de enfermos contagiantes, las mayores tasas de incidencia se observan en niños pequeños y adultos jóvenes. Por el contrario, cuando la cantidad de bacilíferos en la población es baja, la mayor incidencia se verifica en ancianos.

El mayor riesgo de infección se encuentra entre los contactos próximos al paciente bacilífero, especialmente aquellos que comparten la vivienda, lo que se agrava cuando existe hacinamiento y falta de ventilación. En estos casos, las tasas de infección pueden llegar al 60%.

La tuberculosis es una enfermedad de grupos cerrados: familias, cárceles, cuarteles, asilos, etc. Debido a la rápida inactivación del bacilo por los rayos ultravioleta, la posibilidad de contagio en espacios abiertos es baja.

Una vez infectado, el riesgo de enfermarse del individuo depende de su situación inmunológica. La progresión hacia la enfermedad es mayor cuanto más cercana es la primoinfección y disminuye con los años. Existen factores de riesgo que favorecen la transmisión del bacilo y la progresión de la infección a la enfermedad, como la edad, la inmunodepresión, el hacinamiento, la desnutrición, el estrés, el alcoholismo y las migraciones.

Desde mediados del siglo xx, se ha verificado un descenso de las tasas de morbilidad y de mortalidad debido a las mejoras en las condiciones de vida y a la introducción de medicación antituberculosa específica. Sin embargo, esta tendencia se ha modificado en las últimas décadas a partir de la aparición de la infección por VIH, por lo que esta condición se convierte en un importante factor de riesgo de enfermedad.

Si se tiene en cuenta que, con un tratamiento oportuno y adecuado, la tuberculosis se cura, la tasa de mortalidad pasa a ser un indicador útil

para evaluar los programas de control. Sin tratamiento, el 50% de los adultos enfermos de tuberculosis mueren dentro de los 2 años; de los sobrevivientes, el 25% pasa a la cronicidad y el 25% restante se cura espontáneamente.

En 2013, en Argentina, se notificaron 8974 casos nuevos de tuberculosis. La tasa nacional fue de 21,3 por 100 000 habitantes, pero muestra marcadas diferencias regionales, y se registran tasas más altas que el promedio nacional en Jujuy, Salta, Formosa, Ciudad de Buenos Aires, Chaco, Santa Cruz y provincia de Buenos Aires. La distribución de la tasa de incidencia de enfermedad según grupos de edad muestra que aumenta en menores de 5 años, adolescentes y adultos jóvenes (50% de los casos nuevos se registraron en población de entre 20 y 44 años), lo cual es característico de países con gran cantidad de pacientes bacilíferos.

Ese mismo año, se notificaron al Programa Nacional de Control de la Tuberculosis 844 casos nuevos en menores de 15 años (grupo pediátrico) y 854 casos nuevos en adolescentes (de 15 a 19 años). Las muertes por tuberculosis pediátrica y del adolescente en 2013 fueron de 15 y 19 casos, respectivamente.

El Plan de Trabajo para la Tuberculosis Infantil: hacia Cero Muertes, lanzado a nivel mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), UNICEF, Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICter), entre otros, crea conciencia sobre la necesidad urgente de abordar el tema con el compromiso de redoblar esfuerzos para evitar que los niños mueran de enfermedades que pueden prevenirse, como la tuberculosis. Centrando la atención en la necesidad de afrontar el problema, en el mes de abril de 2014, la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación han asumido el compromiso de iniciar acciones tendientes a implementar esta iniciativa en nuestro país.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de tuberculosis en la infancia se basa, habitualmente, en una fuerte presunción, que surge de la suma de elementos clínicos, radiológicos y el antecedente de contacto con un foco tuberculoso. Pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos.

Diagnóstico clínico

Anamnesis

Antecedentes de contacto: El hallazgo del foco de contagio tuberculoso es de gran ayuda para el diagnóstico en pediatría. Si, durante la anamnesis, no surge ningún enfermo de tuberculosis conocido, se debe buscar el foco bacilífero entre los contactos sintomáticos respiratorios, ya que puede tratarse de un paciente que aún no se ha diagnosticado.

Cuanto más pequeño es el niño (lactante, preescolar), mayor es la posibilidad de encontrar al caso infectante en el núcleo familiar; sin embargo, también pueden haberlo contagiado los enfermos bacilíferos no convivientes que hayan estado en contacto reiterado con él.

Una vez que se ha identificado al enfermo contagiante, se debe interrogar acerca del lugar de atención, los estudios bacteriológicos realizados, los tratamientos (drogas, duración, abandonos), la coinfección con VIH, las comorbilidades o la drogadicción.

Antecedentes personales: La vacunación con BCG previa **no descarta tuberculosis**. Se debe determinar la fecha de vacunación, la evolución del nódulo, la presencia de cicatriz.

Se debe interrogar sobre pruebas tuberculínicas previas, en busca de primoinfección no tratada o viraje tuberculínico.

Si recibió tratamientos antituberculosos o quimioprophilaxis previos, se debe determinar la fecha, las drogas, la duración, las intolerancias, los abandonos o las interrupciones.

Se deben evaluar factores de riesgo de inmunodepresión: enfermedades, como sarampión, varicela o coqueluche (en los últimos 3 meses), diabetes, desnutrición, inmunodepresión congénita o adquirida, enfermedades hematológicas, tratamiento prolongado con corticoides, inmunomoduladores o inmunosupresores.

Manifestaciones clínicas

Se debe recordar que los individuos con infección tuberculosa no son enfermos, por lo tanto, no presentan síntomas ni signos de enfermedad.

La mayoría de los niños enfermos de tuberculosis pulmonar pueden hallarse asintomáticos o con pocos síntomas. Los síntomas más comunes son los siguientes:

- Tos.
- Síndrome febril.
- Falta de apetito o anorexia.
- Pérdida de peso o falta de progreso.
- Cansancio o falta de actividad.

Los síntomas suelen persistir durante más de dos semanas sin mejorar con los tratamientos habituales para los diagnósticos diferenciales más comunes (antibióticos, broncodilatadores, dieta con adecuado aporte calórico).

El eritema nodoso o la queratoconjuntivitis flictenular pueden presentarse como manifestaciones de hiperergia a las proteínas del bacilo de Koch.

Los lactantes y niños pequeños tienen más probabilidades de presentar síntomas, como fiebre, pérdida o progreso inadecuado de peso, decaimiento y síntomas respiratorios. Estos últimos dependerán de la forma clínica y de la extensión de la lesión pulmonar. En la tuberculosis primaria, inicialmente, son escasos, pero, con el agrandamiento de los ganglios mediastínicos, pueden hallarse signos y síntomas de compresión de la vía aérea, como tos y sibilancias.

Los niños mayores y adolescentes pueden presentar formas primarias como la descrita o tuberculosis pulmonar extraprimaria, similar a la del adulto, con el clásico síndrome de impregnación bacilar (tos, astenia, anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y febrícula), semiología de cavitación a nivel pulmonar y expectoración hemoptoica o hemoptisis. Suelen tener baciloscopías de esputo positivas, por lo que se recomienda que utilicen barbijo quirúrgico (véase el anexo de bioseguridad). Sin embargo, algunos pacientes llegan a la consulta con escasa sintomatología, como tos crónica o adelgazamiento.

Diagnóstico radiológico

Radiografía de tórax

En la tuberculosis primaria, se observan, con frecuencia, adenopatías intratorácicas, sobre todo, de los grupos mediastínicos anteriores, peritracqueales e hiliares. Estas pueden ser muy ostensibles o apenas detectables. La radiografía de tórax de perfil es sumamente útil para evaluar este compromiso.

Con la progresión del foco ganglionar, puede observarse obstrucción total de la vía aérea y colapso del parénquima (atelectasia) u obstrucción parcial con efecto valvular e hiperinsuflación.

Con la progresión del foco parenquimatoso, puede observarse consolidación (neumonía) con derrame pleural o sin él, masa pulmonar, diseminación intrabronquial y consolidación multifocal o bronconeumonía, cavitación o diseminación hematogena (miliar).

La enfermedad pulmonar tipo adulto que

suele observarse en niños mayores y adolescentes se caracteriza por presentar lesiones que predominan en los lóbulos superiores con tendencia a la formación de cavernas y diseminación por el árbol bronquial hacia los campos inferiores.

Tomografía axial computada

La radiografía de tórax de frente y perfil es suficiente para realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos. En pacientes sintomáticos con radiología dudosa o no concluyente, puede realizarse el estudio tomográfico del tórax. Si se desea explorar el mediastino para buscar adenopatías, debe suministrarse contraste intravenoso.

Ecografía

Es útil para el estudio de serosas (pleura, pericardio, peritoneo) y de compromiso ganglionar.

Prueba tuberculínica

Es un método cuantitativo de medición de la reacción de hipersensibilidad retardada a las proteínas de *M. tuberculosis*. Solo evidencia el contacto previo del individuo con el bacilo. Es utilizada para lo siguiente:

- Diagnosticar infección tuberculosa en un individuo.
- Como elemento auxiliar en el diagnóstico de tuberculosis.
- Determinar la prevalencia o incidencia de la infección tuberculosa en una población (esto no es aplicable en nuestro país dada la amplia cobertura con BCG).

Dosis: La dosis estandarizada recomendada por la OMS y la UICTER es 2 UT de derivado proteico purificado (*purified protein derivative*; PPD, por sus siglas en inglés) en 0,1 ml.

Técnica de aplicación: La aplicación de la tuberculina se realiza mediante una inyección intradérmica (técnica de Mantoux). La zona apropiada para la aplicación es la cara dorsal del antebrazo, en la unión del tercio proximal con los dos tercios distales.

Lectura de la prueba: La prueba tuberculínica se debe leer entre las 48 y las 72 horas de aplicación. La lectura se limita a la induración (pápula); no se debe tener en cuenta la zona de enrojecimiento o eritema. Se determina su diámetro en milímetros (transversal en relación con el eje del brazo).

Cuando la reacción es muy intensa, puede estar acompañada de ampollas, vesículas o necrosis epidérmica en la zona de la induración. Estas cir-

cunstancias deben registrarse porque manifiestan una sensibilidad especial a la tuberculina, y debe interpretarse como una respuesta positiva.

Interpretación de los resultados: El objetivo principal de la prueba tuberculínica es distinguir entre quienes están infectados con *M. tuberculosis* y quienes no lo están.

En nuestro país, se ha adoptado como límite para considerar a un individuo infectado una prueba tuberculínica con un tamaño igual a 10 milímetros o mayor. En los individuos VIH positivos y otros inmunocomprometidos, este límite es de 5 milímetros.

Conversión o viraje tuberculínico: Se habla de conversión o viraje tuberculínico cuando un sujeto tuberculino negativo se convierte en tuberculino positivo o se presenta una diferencia de más de 10 mm entre una y otra lectura en un plazo inferior a 2 años. Se estima que esto representa una infección reciente con *M. tuberculosis*.

Falsos positivos

- Aplicación incorrecta (no es un falso positivo estricto, sino un error técnico).
- Error de lectura (ídem).
- Efecto *booster*.
- Reacción cruzada a otras micobacterias.

Falsos negativos

- Almacenamiento y aplicación incorrectos.
- Error de lectura.
- Enfermedad tuberculosa grave (anergia tuberculínica).
- Coexistencia de enfermedades virales (sarampión, varicela, VIH, enfermedad de Epstein-Barr) o bacterianas (*Bordetella pertussis*).
- Tratamientos inmunosupresores, que incluyen el uso de corticoides.
- Depleción del complemento.
- Desnutrición grave, deshidratación.
- Vacunación reciente (6 semanas) con vacunas a virus vivos.
- Recién nacido.
- Inmunodeficiencias.
- Enfermedades linfoproliferativas (linfomas, leucemias, sarcoidosis).

Diagnóstico bacteriológico

El diagnóstico de certeza de tuberculosis se realiza mediante el hallazgo del bacilo en el órgano afectado. Debido a que la enfermedad en edades pediátricas suele ser paucibacilar, la baciloscopia y las técnicas de amplificación de ácido desoxirribonucleico (ADN) pueden ser negativas, y el mayor rendimiento diagnóstico se obtiene con el cultivo.

Obtención de muestras

- **Espudo:** La muestra se recolectará en un frasco estéril; se obtendrá, preferentemente, por la mañana y se remitirá al laboratorio lo antes posible. Es conveniente obtener de 2 a 3 muestras en días sucesivos. Siempre se deberá intentar remitir la muestra inmediatamente, aunque puede conservarse a menos de 20 °C hasta 7 días en la heladera.
- **Contenido gástrico:** El niño pequeño, habitualmente, no expectora; por consiguiente, para obtener secreciones broncopulmonares, se debe recurrir a la búsqueda del bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) en el contenido gástrico. Debe realizarse por la mañana, con 3 o 4 horas de ayuno. Se introducirá una sonda nasogástrica estéril y se aspirará el contenido gástrico (por lo general, de 5 a 10 ml). Si no se obtiene material, se instilarán de 10 a 30 ml de agua destilada y se aspirará nuevamente. La muestra obtenida debe ser procesada lo antes posible. Si esto no se puede hacer en el plazo de 4 horas, se debe neutralizar la acidez con 3 ml de bicarbonato de sodio 1 M o 100 mg de carbonato de calcio. La demora en el procesamiento de la muestra determina un mayor riesgo de contaminación y un menor rendimiento. Es conveniente enviar 2 o 3 muestras en días sucesivos.
- También podrá recurrirse a la técnica de “esputo inducido”, que se lleva a cabo por medio de la nebulización previa con solución salina hipertónica. En este caso, se debe administrar previamente un broncodilatador (salbutamol) para disminuir el riesgo de sibilancias. Como es una muestra muy salivosa, se debe aclarar que se remite “esputo inducido”.
- **Otras muestras:** Todas las muestras extrapulmonares deben cultivarse. En el caso de la orina, se obtendrán 2 muestras en días consecutivos o día por medio, y debe remitirse el mayor volumen posible (incluso, recolección de varias micciones). La muestra debe ser procesada inmediatamente porque el pH ácido afecta la viabilidad del bacilo. En la tuberculosis ganglionar periférica, puede obtenerse material por punción-aspiración o biopsia. Si el ganglio drena espontáneamente, se aspirará el material con solución salina y técnica estéril. No deben usarse hisopos o torundas de algodón. En las muestras de tejidos o biopsias, debe evitarse la desecación agregando agua destilada estéril. El líquido cefalorraquídeo (LCR) debe procesarse de

inmediato o conservarlo a 4°C por no más de 12 horas.

Examen microbiológico directo: baciloscopía

Es un método de detección rápida. En el laboratorio, se realiza un extendido del material y, mediante coloración de Ziehl-Neelsen, se puede evidenciar la presencia de BAAR en las muestras de cualquier líquido o tejido. Requiere 15 minutos para su lectura. Además de su valor diagnóstico, este procedimiento tiene importancia epidemiológica, puesto que detecta a los pacientes bacilíferos, fuente de transmisión de la enfermedad. Tiene menor sensibilidad que el cultivo, ya que, para obtener un resultado positivo, requiere que la muestra presente, como mínimo, 5000-10000 bacilos/ml. Su especificidad es baja, dado que no diferencia otras micobacterias. Otra técnica de coloración utiliza auramina-rodamina. Requiere un microscopio de fluorescencia, pero reduce el tiempo de identificación del germen a 1 o 2 minutos. De todas maneras, se debe realizar la confirmación de BAAR por medio de la coloración clásica (Ziehl-Neelsen).

Para la información de los resultados, se debe seguir un método estandarizado (Organización Panamericana de la Salud –OPS–), que informe las baciloscopías en cruces (Tabla 1).

Cultivo

Es el método de elección para el diagnóstico e identificación del bacilo. Es la técnica de mayor sensibilidad en la detección de *M. tuberculosis* por requerir la presencia de 10 a 100 bacilos/ml en la muestra para obtener un resultado positivo.

- **Cultivo tradicional:** Los medios de Löwenstein-Jensen y Stonebrink son los más utilizados y seguros, aunque se requieren entre 4 y 8 semanas para aislar el germen y otras 3-4 semanas para realizar las pruebas de sensibilidad.
- **Técnicas automatizadas:** Los métodos fluorométricos, como el MGIT 960, y los colorimétricos, como el MB BactAlert, permiten disminuir a 10-15 días las primeras lecturas positivas, reducir el tiempo de estudio de sensibilidad a drogas y diferenciar rápidamente entre micobacterias tuberculosas y otras micobacterias. Sus desventajas son el mayor costo, la mayor complejidad en los aparatos de bioseguridad y la mayor contaminación.

Técnicas de amplificación de ácidos nucleicos

Estas técnicas permiten la detección rápida (en pocas horas) de muestras positivas para tubercu-

losis, aún con escaso número de bacilos por mililitro de muestra, pero no reemplazan el cultivo y no deben solicitarse sistemáticamente.

Xpert MTB/RIF: Es una prueba rápida que detecta tanto el bacilo como la resistencia a la rifampicina en el mismo estudio. Este método purifica, concentra, amplifica mediante una prueba de reacción en cadena de polimerasa (*polymerase chain reaction*; PCR, por sus siglas en inglés) e identifica secuencias de ácido nucleico específicas del genoma de *M. tuberculosis*. Los resultados se obtienen a partir de muestras de esputo en menos de 2 horas. La OPS/OMS recomiendan su uso en adultos y niños para el diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. **Un resultado negativo no descarta la enfermedad.**

Otros métodos de diagnóstico

- **Métodos de diagnóstico serológico:** Las técnicas denominadas *Interferon Gamma Release Assays* (IGRAs) se basan en la medición de interferón gama producido por linfocitos T sensibilizados frente a *M. tuberculosis* o en la determinación del número de células que lo producen. Miden la respuesta inmune a antígenos específicos del *M. tuberculosis*, por lo que la vacunación con BCG previa no produce falsos resultados positivos (puede dar reacciones cruzadas con *M. kansasii*, *M. szulgai* y *M. marinum*). Al igual que la prueba tuberculínica, un resultado de IGRA positivo no diferencia la infección de la enfermedad tuberculosa, y un resultado negativo tampoco la descarta. No ha demostrado ventajas para el diagnóstico de tuberculosis con respecto a la PPD.
- **Detección de adenosin deaminasa (ADA):** Refleja la presencia de linfocitos T activados que producen la enzima adenosin deaminasa. Dado que la prueba no detecta ningún componente específico del bacilo ni de la respuesta inmune, solo puede ser utilizada como un complemento de los resultados de otros exámenes clínicos y bacteriológicos. Es necesario descartar otras enfermedades que también pueden estimular la producción de esta enzima, como linfomas, enfermedades reumatológicas y neoplasias.

Un valor elevado de ADA en una muestra de *líquido pleural* claro con predominio de linfocitos puede contribuir al diagnóstico de tuberculosis. El valor de corte establecido para los líquidos pleurales es de 60 U/l, ya que el nivel de

ADA es mayor a ese valor en alrededor del 80% de los pacientes con tuberculosis pleural. Puede realizarse la determinación de ADA *en otras serosas*: en el LCR, el valor de corte para tuberculosis es mayor de 10 U/L y, en líquido ascítico, de 40 U/L.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15% y el 20% de todas las formas de tuberculosis; en la asociación con VIH/sida, la proporción es mayor.

Las formas extrapulmonares más frecuentes en nuestro país son la pleural, ganglionar y, en menor medida, meníngea, miliar, abdominal y osteoarticular.

Pueden acompañarse de tuberculosis pulmonar en actividad de cualquier magnitud o de lesiones pulmonares o ganglionares mediastinales curadas (calcificaciones, cicatrices fibróticas).

Los síntomas generales de la tuberculosis extrapulmonar son similares a los de la pulmonar. A estos síntomas y signos se agregan los específicos para cada localización, por ejemplo:

- Agrandamiento no doloroso de ganglios linfáticos, con o sin fistulización.
- Deformidad de la columna vertebral (giba).
- Meningitis a líquido claro con aumento de la presión intracraneal.
- Derrame pleural.
- Derrame pericárdico.
- Distensión abdominal con ascitis.

Debido al escaso número de bacilos presentes en las localizaciones extrapulmonares, tienen menor proporción de confirmación bacteriológica que las formas pulmonares. Dependiendo del órgano afectado, el cultivo confirma entre un 20% y un 80% de los casos; sin embargo, aun cuando su rendimiento sea bajo, siempre debe realizarse el examen microbiológico directo y el cultivo de líquidos y muestras de tejidos relacionados con el sitio de localización sospechoso.

En la tuberculosis extrapulmonar, la anatomía patológica de biopsias tisulares y los exámenes de laboratorio, como la prueba de ADA, constituyen un aporte valioso para el diagnóstico (*Tabla 2*).

TUBERCULOSIS EN EL RECIÉN NACIDO

La presentación clínica de la tuberculosis en esta etapa de la vida es inespecífica y, por lo general, de compromiso multiorgánico (pulmones, hígado, sistema nervioso central). Los neonatos

son particularmente vulnerables para el desarrollo de enfermedad grave diseminada aguda y puede semejar sepsis, por lo que resulta fundamental para sospecharla el antecedente epidemiológico.

La tuberculosis puede adquirirse durante la etapa perinatal:

- Por vía transplacentaria, hematógena, ingresando al hígado del feto a través de la vena umbilical.
- Por aspiración o ingestión de líquido amniótico o secreciones cervicovaginales infectados.
- Por vía inhalatoria, por el contacto con enfermos bacilíferos cercanos (familiares, otras pacientes o personal de Neonatología).

Si la mujer embarazada presenta síntomas de tuberculosis, no debería postergarse el diagnóstico, especialmente en las pacientes sintomáticas respiratorias. Siempre que se sospeche la transmisión de la madre enferma al niño, se debe realizar el estudio bacteriológico de la placenta.

La tuberculosis congénita es la que se adquiere por las dos primeras vías mencionadas; suele presentarse en las primeras semanas de vida y la mortalidad es alta.

La tuberculosis neonatal es la adquirida después del nacimiento a través de la exposición a un caso bacilífero.

Generalmente, es difícil distinguir entre tuberculosis congénita y neonatal, pero el manejo es el mismo. En ambos casos, los síntomas son inespecíficos e incluyen letargo, fiebre, mala actitud alimentaria, bajo peso al nacer y poco aumento de peso. Los signos clínicos también son inespecíficos y pueden incluir dificultad respiratoria, neumonía sin respuesta al tratamiento, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, distensión abdominal con ascitis o un cuadro clínico de "sepsis neonatal" con tuberculosis diseminada. Se deben tomar las muestras para enviar a cultivo y confirmar el diagnóstico (contenido gástrico, LCR, orina, etc.), descartar comorbilidades, como el VIH, e iniciar el tratamiento correspondiente a una forma grave de tuberculosis diseminada.

El recién nacido asintomático, de madre con tuberculosis activa, debe ser estudiado y, luego de determinar que no está enfermo, recibir quimioprofilaxis con isoniácida (10 mg/kg/día) durante 6 meses y controlarlo regularmente para asegurarse de que no desarrolle enfermedad. Se debe controlar la aparición del nódulo de BCG: si aparece precozmente, confirma el contacto con el bacilo tuberculoso previo a la vacunación.

FORMAS CLÍNICAS

Infección tuberculosa (primoinfección)

Es el primer contacto fértil del bacilo tuberculoso con el organismo; pone en marcha el mecanismo inmunológico correspondiente y se observa PPD positiva o viraje tuberculínico (entre 3 y 8 semanas después del ingreso del bacilo). No presenta manifestaciones de enfermedad, solo prueba tuberculínica positiva. En el 90%-95% de los casos, la curación se produce en forma espontánea.

Aunque, por razones de organización del texto, este apartado se encuentre aquí, se debe recordar que los infectados no son enfermos, por lo que no corresponde su notificación como tal. Como su riesgo de enfermarse está aumentado, deben recibir quimioprofilaxis.

Forma moderada (o común)

Pueden presentar síntomas respiratorios, aunque, con frecuencia, los pacientes son asintomáticos y se diagnostican al realizar el catastro familiar; es decir, al estudiar los contactos del enfermo bacilífero detectado (caso índice). La prueba tuberculínica es positiva y la radiografía de tórax, patológica. La lesión parenquimatosa es pequeña; en general, se acompaña con adenopatías hiliares o mediastinales. En esta forma, el complejo primario debe carecer de atelectasia, reacción perifocal significativa y lesiones extendidas. También se consideran formas moderadas de tuberculosis las localizaciones extrapulmonares no graves, sin compromiso pulmonar: ganglionar periférica única, pleural unilateral y reacciones de hiperergia, como el eritema nodoso y la queratoconjuntivitis flictenular.

Forma grave

Los pacientes son sintomáticos, la radiografía es patológica y la prueba tuberculínica es positiva, aunque puede ser negativa si el paciente se encuentra en estado de anergia.

Pertenecen a este grupo la tuberculosis miliar, pulmonar progresiva (broncogénica y cavitaria) y las formas pulmonares complicadas con atelectasia, perforación gangliobronquial y perforación ganglioesofágica (excepcional). También se considera grave la tuberculosis asociada a enfermedades que alteran las condiciones inmunológicas (colagenopatías, diabetes y enfermedades inmunodepresoras) y la tuberculosis extrapulmonar ganglionar diseminada, osteoarticular, genitourinaria, abdominal, pericárdica, meníngea, el empiema o la pleural bilateral.

TRATAMIENTO

Actualmente, todos los enfermos de tuberculosis tienen posibilidades de curarse, pero, a pesar del notable poder de la quimioterapia, las tasas de curación no son satisfactorias. El éxito del tratamiento depende de un diagnóstico acertado, la elección adecuada del esquema terapéutico, la correcta dosificación de las drogas y el cumplimiento. La administración del tratamiento debe ser supervisada en todo momento. El estímulo y la facilitación de la adherencia al tratamiento son esenciales para lograr el éxito.

Los objetivos del tratamiento de la tuberculosis son los siguientes:

- Curar al paciente y recuperar/mejorar la calidad de vida.
- Prevenir la muerte por tuberculosis activa o sus secuelas.
- Prevenir la recaída de tuberculosis.
- Reducir la transmisión de tuberculosis en la población.
- Prevenir el desarrollo y la transmisión de tuberculosis resistente a drogas.

Fármacos

Se pueden distinguir tres aspectos funcionales de la acción de los medicamentos antituberculosos: la actividad bactericida precoz (destrucción rápida de gran cantidad de bacilos que se multiplican activamente), la actividad esterilizante (destrucción de poblaciones de bacilos que se multiplican de manera lenta e intermitente) y la prevención de la aparición de resistencia a la medicación. Una misma droga puede ser excelente en una de estas funciones y mediocre en otras.

Las poblaciones de *M. tuberculosis* de multiplicación rápida son las que tienen mayor número de mutantes resistentes naturales. Por su gran magnitud, determinan la gravedad de la enfermedad, las diseminaciones y la eliminación de gran número de bacilos al exterior. Al destruir los bacilos resistentes, las drogas esterilizantes disminuyen el riesgo de aparición de recaídas.

Los medicamentos antituberculosos empleados en la actualidad cumplen, en su conjunto, con los siguientes requisitos:

- Potencia bactericida contra los bacilos metabólicamente activos.
- Actividad esterilizante contra los bacilos de metabolismo semiactivo y persistentes.
- Prevención de la selección de bacilos resistentes durante el tiempo del tratamiento.

Como no se conoce ningún agente quimioterápico que posea en sí mismo todas estas propie-

dades, se deben utilizar tres o cuatro drogas en forma combinada en los primeros dos meses (fase inicial intensiva) para eliminar la mayor parte de la población bacilar rápidamente y obtener la negativización bacteriológica en el plazo más breve posible. En los meses restantes (fase de continuación), se administran, por lo menos, dos drogas, cuyo objetivo es reducir el número de bacilos persistentes a fin de evitar recaídas después de haber finalizado el tratamiento.

Los principales fármacos utilizados en el tratamiento de la tuberculosis son isoniácida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), estreptomycin (S) y etambutol (E).

H y R son las drogas más efectivas y previenen la aparición de cepas emergentes resistentes. Salvo situaciones excepcionales, estos dos fármacos deben estar presentes en todo esquema inicial; su asociación con pirazinamida ha permitido abreviar el tratamiento de las formas graves.

Otro elemento para tener en cuenta en el tratamiento es la elección de drogas convenientes para el uso intermitente. Esto se relaciona con la capacidad de recuperación de los bacilos, que, una vez expuestos a las drogas, tardan hasta 5 días en reiniciar su reproducción. H, R, Z, S y E son aptas para uso intermitente.

Existen otras drogas antituberculosas que solo están indicadas en caso de intolerancia grave a alguna de las drogas de primera línea o resistencia comprobada (Tabla 3). Pueden ser más tóxicas, menos eficaces, más caras e inducir rápidamente resistencia; su empleo debe consultarse con centros especializados con experiencia en su manejo que concentren este tipo de pacientes.

Isoniácida: Bactericida intracelular y extracelular. Buena absorción por vía oral, con rápido inicio de acción. Excelentes niveles terapéuticos en el LCR, el caseum y las cavernas. De todos los fármacos esenciales, la H es la más económica, mejor tolerada y más potente. Debe incluirse en todos los regímenes ordinarios.

- **Presentación:** comprimidos de 100 y 300 mg.
- **Dosis:** 10 mg/kg/día (rango: 7-15* mg/kg/día); no deben superarse los 300 mg/día.* Según estudios de farmacocinética realizados en niños pequeños, se aconseja utilizar las dosis mayores (15 mg/kg/día) en los menores de 2 años (acetiladores rápidos). En los regímenes intermitentes (trisemanal), la dosis debe ser de 10 mg/kg/día (máximo de 600 mg/dosis) tanto en adultos como en niños.
- **Vía de administración:** oral.

- Se debe suplir la administración con 5-10 mg/día de piridoxina en embarazadas, desnutridos y VIH positivos.

Rifampicina: Bactericida intracelular y extracelular, con un inicio de acción muy rápido. El porcentaje de mutantes resistentes es muy bajo en las cepas salvajes.

- *Presentación:* cápsulas o comprimidos de 150 y 300 mg. Suspensión (5 ml = 100 mg).
- *Dosis:* 10-15 mg/kg/día por vía oral, en ayunas. Dosis máximas de 600 mg/día. No se modifica la dosis en el tratamiento intermitente.
- *Vía de administración:* oral.

Pirazinamida: Bactericida en el ambiente ácido dentro de los macrófagos. Tiene alto poder esterilizante. La importancia de su acción durante las primeras semanas del tratamiento radica en que contribuye a la destrucción de los bacilos intracelulares y a la prevención de las recaídas. Tiene muy buena concentración en el LCR, por lo cual su inclusión es imprescindible en los esquemas para tratar la meningitis tuberculosa.

- *Presentación:* comprimidos de 250 mg y 500 mg.
- *Dosis:* 25-35 mg/kg/día, hasta un máximo de 2000 mg/día.
- *Vía de administración:* oral.

Etambutol: Bacteriostático. Penetra bien en el LCR en presencia de meninges inflamadas.

- *Presentación:* comprimidos de 400 mg.
- *Dosis:* 20 mg/kg/día (rango: 15-25 mg/kg/día), hasta un máximo de 1200 mg/día.
- *Vía de administración:* oral.

Estreptomina: Bactericida en el medio alcalino extracelular. Actúa sobre los bacilos que se multiplican con rapidez, en especial, los que se encuentran sobre las paredes de las cavidades. Por su mecanismo de acción, puede ser muy útil de las primeras cuatro a ocho semanas de tratamiento en las lesiones cavitarias, que contienen muchos de estos bacilos. La nefro y la ototoxicidad la desplazan a droga de segunda línea. No atraviesa meninges sanas.

- *Presentación:* liofilizado, en frasco-ampolla de 1 g.
- *Dosis:* 15-20 mg/kg/día, con una dosis máxima de 1 g. La dosis es la misma en los regímenes diarios y en los intermitentes.
- *Vía de administración:* intramuscular.

Medicamentos combinados

La aceptación de los medicamentos, al igual que la tolerancia a ellos por el paciente, es de suma importancia para cumplir el tratamiento, por lo que la asociación de los tres medicamentos básicos para la primera fase (HRZ) y de los dos utilizados en la fase de mantenimiento (HR) en un solo preparado farmacéutico disminuye sustancialmente el número de comprimidos, aumenta el cumplimiento y, en consecuencia, facilita la curación del paciente. Además, impide el abandono selectivo de uno o más medicamentos y su consecuencia, la farmacoresistencia y la tuberculosis crónica. También disminuye el riesgo de que se emplee rifampicina de manera aislada para otras enfermedades diferentes a la tuberculosis.

Existen tres asociaciones: H-R, H-R-Z y H-R-Z-E en comprimidos. Estas asociaciones deben cumplir los requerimientos de la OMS sobre biodisponibilidad. La posología se determinará sobre la base de la dosis de isoniacida.

Isoniacida-rifampicina

Cada tableta contiene 300 mg de rifampicina y 150 mg de isoniacida.

Isoniacida-rifampicina-pirazinamida

Cada tableta contiene 75 mg de isoniacida, 150 mg de rifampicina y 400 mg de pirazinamida.

Isoniacida-rifampicina-pirazinamida-etambutol

Cada tableta contiene 75 mg de isoniacida, 150 mg de rifampicina, 400 mg de pirazinamida, 275 mg de etambutol.

Modalidades de tratamiento

Existen dos modalidades de tratamiento: el directamente observado y el autoadministrado.

En todos los casos, se deberá tener en cuenta que se recomienda la administración de las drogas en una sola toma diaria, en ayunas. Se debe recordar que las dosis diarias no son iguales para los tratamientos diarios y los intermitentes.

Tratamiento directamente observado

Es la modalidad de elección. Significa que el enfermo toma los medicamentos bajo la observación de otra persona, el "supervisor del tratamiento" (miembros del equipo de salud, maestros, policías o personas que tengan representatividad en la comunidad a la que pertenece el enfermo), quien tiene la responsabilidad de garantizar su ingestión. El supervisor debe haber recibido capacitación adecuada. Este procedimiento asegura que el paciente tome los medicamentos prescritos

en las dosis e intervalos indicados. Con el tratamiento directamente observado (TDO), también se evita que el enfermo tenga que realizar largos recorridos para tomar los medicamentos, ya que el tratamiento se lleva a un lugar cercano al domicilio, donde la persona que observa registra su asistencia, lo que permite llevar un control de las posibles deserciones y actuar con rapidez para recuperar al enfermo. Es importante que el TDO sea aceptado por el paciente y que esté de acuerdo con el lugar en que lo recibirá y con el supervisor asignado, ya que se prolonga por varios meses. También es importante que el personal de salud en general y el supervisor en particular estimulen el cumplimiento mediante el buen trato y las explicaciones sencillas.

Tratamiento autoadministrado

Esta modalidad implica el suministro periódico de la medicación al paciente, quien pasa a ser el único responsable de su correcta ingestión. Permite una deserción muy elevada y, consecuentemente, promueve el aumento de la resistencia. Por esta razón, el tratamiento debe ser supervisado. Cuando no pueda ser supervisado por personal de salud, se deberá identificar a alguna persona del entorno del paciente que se responsabilice de supervisarlos. En esta modalidad, nunca se debe indicar un régimen intermitente.

Fases del tratamiento antituberculoso

El tratamiento de la tuberculosis consta de dos fases. La primera (fase intensiva) está dirigida a esterilizar rápidamente las lesiones e impedir la transmisión de la enfermedad. Esta fase dura dos meses; el tratamiento debe ser continuo (diario) y se utilizan no menos de tres drogas.

La segunda (fase de continuación) dura no menos de cuatro meses; se utilizan dos drogas y permite el tratamiento intermitente (trisemanal) bajo la modalidad TDO.

Esquemas de tratamiento antituberculoso

Sobre la base de lo expuesto en apartados anteriores, se establecen esquemas de tratamiento adecuados a la gravedad de las diferentes formas clínicas (*Tabla 4*). Si el paciente tiene más de una localización de la tuberculosis, se debe indicar el esquema de tratamiento de la localización de mayor gravedad.

Controles durante el tratamiento

Clínico

El control clínico periódico es importante pa-

ra monitorear la toxicidad, la adhesión y la eficacia del tratamiento. Deberá ser quincenal en la primera fase y mensual en la segunda. Debe incluir examen físico, control de peso, monitoreo de reacciones adversas y tolerancia a fármacos, cumplimiento del tratamiento y control de contactos.

Laboratorio

Como los porcentajes de reacciones adversas son bajos, el monitoreo rutinario de laboratorio, enzimas hepáticas y ácido úrico no es imprescindible. En casos de tuberculosis grave, especialmente meningitis y enfermedad diseminada, debe realizarse el monitoreo hepático en los primeros meses del tratamiento.

Radiología

Las imágenes radiológicas pueden tardar varios años en resolverse y algunas persisten como secuelas. Una vez que se haya completado el esquema terapéutico con recuperación clínica y bacteriológica, no es indispensable una radiografía de tórax normal para dar por finalizado el tratamiento. Como regla general, se sugiere radiografía de tórax inicial, a los dos meses y al finalizar el tratamiento.

Bacteriológico

En los casos con baciloscopías positivas o con lesiones pulmonares extensas, se debe solicitar baciloscopia y cultivo inicial, baciloscopia al finalizar el segundo mes (antes de pasar a la segunda fase y, si el resultado es positivo, se debe realizar cultivo y prueba de sensibilidad) y baciloscopia al final del tratamiento.

Los niños con baciloscopia positiva de lavado gástrico o broncoalveolar (BAL) no deberían someterse a nuevos procedimientos para realizar estudios microbiológicos si tienen buena evolución clínica y radiológica.

Tratamiento en situaciones especiales

Embarazo y lactancia

La mayoría de los medicamentos antituberculosos son seguros para ser utilizados en una embarazada. La excepción es la estreptomycin, que, por ser ototóxica para el feto, no debe ser utilizada.

Las drogas antituberculosas no contraindican la lactancia. Si la madre es bacilífera o inicia el tratamiento, los niños deben recibir quimioprofilaxis y la madre debe utilizar barbijo.

En todas las mujeres embarazadas o en pe-

río de lactancia que están tomando isoniácida, se recomienda un suplemento de piridoxina (25 mg/día).

Antecedentes de hepatopatía

En pacientes con enfermedad hepática avanzada o insuficiencia hepática, debe realizarse un examen de la función hepática antes de iniciar el tratamiento. Si el nivel de transaminasas es mayor de tres veces el valor normal al inicio del tratamiento, deben emplearse regímenes con drogas de menor toxicidad hepática:

- *Fase inicial:* 6 meses de S, E, levofloxacina (Lfx) y cicloserina (Cs).
- *Fase de continuación:* 18 meses de E, Lfx y Cs.

Si la situación clínica y funcional lo permite, se puede intentar incorporar al esquema R y/o H, lo cual posibilita acortar la duración del tratamiento. Se recomienda consultar a un experto en tuberculosis para tratar a pacientes con enfermedad hepática avanzada o inestable.

Se debe realizar un monitoreo clínico y exámenes de la función hepática a los pacientes con enfermedad hepática preexistente durante el tratamiento.

Insuficiencia renal

A todos los pacientes con enfermedad renal se les debe solicitar un *clearance* de creatinina de 24 horas. En pacientes que se encuentren en diálisis, se debe administrar el tratamiento antituberculoso al terminar cada sesión.

La H y la R son metabolizadas por el hígado y se eliminan por vía biliar, de modo que pueden administrarse en las dosis e intervalos habituales en los pacientes con insuficiencia renal grave. La Z también es metabolizada por el hígado, pero sus metabolitos pueden acumularse en pacientes con insuficiencia renal avanzada (con un *clearance* menor de 30 ml/min) o con hemodiálisis; en esos casos, la frecuencia de la Z no debe ser diaria, sino trisemanal, en dosis de 25 mg/kg. El esquema sería 2HRZ₃/6HR.

El E es excretado por el riñón, y se debe ajustar la dosis según el *clearance* (con filtrado de 10-49 ml/min: 50%-100% de la dosis; < 10 ml/min, y hemodializados: 25%-50% de la dosis).

La S debería evitarse en pacientes con falla renal, por riesgo aumentado de nefro y ototoxicidad. Si la S debe ser usada, la dosis es de 15 mg/kg, 2 o 3 veces por semana, máximo de 1 gramo por dosis, y, de ser posible, se deben controlar los niveles séricos.

Corticoides en el tratamiento de la tuberculosis

La acción antiinflamatoria de los corticoides puede evitar situaciones o secuelas graves, por lo que debe recomendarse en las siguientes circunstancias:

- **Tuberculosis meníngea y pericárdica.**
- **Adenopatía que cause atelectasia o compresión de la vía aérea, que se acompañe de manifestaciones clínicas (disnea o sibilancias).**
- **Derrame pleural con repercusión sobre la función respiratoria.**
- **Forma miliar con insuficiencia respiratoria.**
- **Forma grave y tóxica con repercusión en el estado general.**

La droga recomendada es prednisona, a razón de 1-2 mg/kg/día (o dosis equivalente de otros corticoides) durante 3-4 semanas, y se debe suprimir en forma progresiva.

Efectos adversos e interacciones medicamentosas

Si bien todas las drogas antituberculosas pueden originar efectos adversos y hasta el 10% de los pacientes tratados pueden presentarlos, la mayoría cumple su tratamiento sin inconvenientes serios (Tabla 5).

Las drogas antituberculosas, frecuentemente, presentan interacciones con otras medicaciones; algunas de ellas pueden ser muy significativas (Tabla 6).

Manejo de las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos

Se debe realizar un seguimiento clínico con el fin de detectar y manejar en forma oportuna los efectos adversos a la medicación. Es necesario descartar que las manifestaciones se deban a algún cuadro intercurrente. Las reacciones adversas a los fármacos antituberculosos pueden ser menores (normalmente, no es necesario suspender el tratamiento antituberculoso) o mayores (por lo general, requieren la suspensión del tratamiento).

Manejo de las reacciones cutáneas

Las reacciones de hipersensibilidad, generalmente, suelen aparecer en forma precoz, a menudo, dentro de la primera fase del tratamiento.

Si el paciente presenta picazón o prurito sin exantema y no hay otra causa evidente, se debe tratar sintomáticamente con antihistamínicos y humectación de la piel, y continuar con el tratamiento antituberculoso observando al paciente en

forma cercana. Si desarrolla exantema cutáneo, se deben suspender todas las drogas antituberculosas y evaluar el compromiso de otros órganos, como hígado, riñón, o alteraciones hematológicas.

Una vez que la reacción se resuelva, se deben reintroducir las drogas antituberculosas de a una por vez, comenzando por la menos probable de ser la causante de la reacción (H o R) en la menor dosis y aumentando progresivamente en 3-5 días. Se debe continuar el procedimiento añadiendo una droga por vez. Si aparece una reacción luego de agregar alguna droga, se identifica su causante y no se debe continuar administrándola. De ser necesario, se debe rotar a algún régimen alternativo (se debe consultar con un experto en tuberculosis).

Si el exantema se acompaña de fiebre y compromiso sistémico, se debe internar al paciente y descartarse síndrome de reacción a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*; DRESS, por sus siglas en inglés).

Manejo de la hepatitis inducida por drogas

Los medicamentos de primera línea que pueden causar hepatitis inducida por drogas son Z, H y R. Además, esta última puede dar ictericia asintomática sin hepatitis (colestasis).

Ante un paciente que desarrolle ictericia, acompañada de síntomas clínicos y alteraciones de laboratorio características de hepatitis durante el tratamiento, se deben suspender todos los medicamentos y descartar otras causas posibles, por ejemplo, infecciones virales.

Se pueden tolerar aumentos de transaminasas de hasta 5 veces el valor normal siempre que el paciente se mantenga asintomático, pero, en presencia de síntomas, un aumento de transaminasas de 3 veces sobre el valor normal indica que hay que suspender el tratamiento de inmediato.

Se debe controlar al paciente hasta que el hepatograma vuelva a valores normales y los síntomas se resuelvan. Una vez que esto se logre, se deben reintroducir las drogas de a una por vez, comenzando por E, luego de una semana de tolerancia reintroducir la R, después la H y, finalmente, agregar Z. Si la hepatitis ha sido grave, se puede prescindir de esta última. Si los síntomas recurrentes o hay un aumento de las transaminasas, se debe suspender la última droga introducida.

Al reintroducir los fármacos, se debe comenzar con dosis bajas, con un incremento progresivo a lo largo de los días hasta llegar a dosis plenas al

final de la semana. Se deben solicitar pruebas de la función hepática cada 3 días aproximadamente.

Existen dos situaciones en las que se debe indicar un régimen alternativo con E, S y Lfx. Una de ellas es cuando el paciente tiene una tuberculosis avanzada y no es conveniente suspender el tratamiento; la otra, cuando los síntomas y signos de hepatitis no mejoran con la suspensión de la medicación.

Se debe consultar a un experto en tuberculosis para el manejo de estos casos, así como ante situaciones que requieran regímenes alternativos.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis facilita la consulta de estos casos al Comité de Expertos en Retratamiento (CONAER) a través de la siguiente dirección de correo electrónico: pnctb.ar@gmail.com.

PREVENCIÓN

En los programas de control de la tuberculosis, existen tres estrategias principales de prevención:

1. Búsqueda activa de casos y su tratamiento oportuno para reducir las fuentes de infección.
2. Vacunación con BCG para disminuir la susceptibilidad a la infección.
3. Quimiopprofilaxis secundaria a todo paciente infectado con riesgo de enfermarse y quimiopprofilaxis primaria a los contactos de alto riesgo expuestos a un enfermo bacilífero.

Vacuna con bacilo de Calmette-Guérin

Esta vacuna está desarrollada a base de *Mycobacterium bovis* vivo atenuado. El *M. bovis*, al igual que *M. tuberculosis*, son patógenos intracelulares y la inmunidad que desarrollan es fundamentalmente de tipo celular. El efecto de la vacuna es limitar la multiplicación de bacilos tuberculosos y su diseminación hematogena tras la infección primaria. No actúa sobre la reinfección exógena y no está comprobado su papel en la reactivación endógena. Aplicada al nacer, su mayor efecto protector se ejerce sobre las formas graves diseminadas, miliar o meníngea.

La vacuna BCG es la más difundida en el mundo. Está incorporada al Programa Ampliado de Inmunización (PAI) desde 1974. Se puede aplicar junto con otras vacunas. La duración del efecto protector no se conoce con certeza, aunque se estima que es de alrededor de 10 años.

Características de la vacuna

La vacuna BCG es una preparación liofilizada, constituida por bacterias vivas obtenidas de

un cultivo de bacilos bovinos atenuados (bacilo de Calmette-Guérin). Esta cepa tiene disminuida la virulencia, pero conserva la capacidad para proteger contra la tuberculosis, crear sensibilidad a la tuberculina y dejar cicatriz en la mayoría de los vacunados.

Se presenta liofilizada en frasco-ampolla de 10, 20 o más dosis y ampollas de 1 a 2 ml o más; se debe reconstituir con la cantidad de diluyente indicada por el laboratorio productor. Una vez reconstituida, debe ser utilizada dentro de las 8 horas, es decir, en la jornada de trabajo.

La potencia de la vacuna depende de la cepa utilizada, de la dosis y de la correcta conservación y manejo. Se requiere un sistema de refrigeración y vigilancia permanente de la temperatura hasta su uso, antes de que expire la fecha de vencimiento. No se debe exponer la vacuna a la acción de la luz solar ni otra fuente de rayos ultravioleta. Actualmente, el método de preparación está estandarizado; la OMS es la responsable del control de la calidad de la vacuna.

Técnica de aplicación

La dosis por aplicar es de 0,1 ml en todas las edades, en inyección intradérmica, un centímetro por debajo de la inserción inferior del músculo deltoides, en la línea media de la cara externa del brazo (en la unión del tercio superior con el tercio medio). Debe producir una pápula aplanada, pálida, de bordes netos y aspecto de "cáscara de naranja". Se usará solamente alcohol como antiséptico.

Evolución de la lesión vaccinal

La pápula desaparece rápidamente. A las dos o tres semanas, se desarrolla un nódulo, que llega a su máximo tamaño (10 mm) hacia la cuarta semana, y aparece una costra, que se desprende y deja una pequeña úlcera. Esta puede supurar hasta dos o tres meses, luego de los cuales queda una cicatriz plana, blanquecina, ligeramente deprimida, de 4 a 7 mm de diámetro. No se aplicarán antisépticos o apósitos en la zona. Un 5%-10% de los vacunados no presentan cicatriz y esto no indica que hay que revacunar al paciente si existe certificación de colocación de la vacuna.

Esquema de vacunación

La vacunación inicial se efectuará en todo recién nacido con peso de nacimiento de 2000 g o más antes de salir de la maternidad.

No hay evidencia de que la revacunación con BCG aporte protección adicional.

Los niños de 1 mes de vida a 6 años que no hubieran sido vacunados con BCG al nacer (sin cicatriz y/o registro de vacunación) se vacunarán una vez descartada la tuberculosis, siempre que no presenten alteraciones inmunológicas.

Niños infectados por virus de inmunodeficiencia humana

La BCG está contraindicada en los pacientes infectados por VIH debido a la mayor frecuencia de efectos adversos locales y de diseminación en esta población. La eventual ventaja de prevención de una forma grave de tuberculosis no compensa el riesgo de eventos adversos graves, aun en niños con VIH asintomáticos.

En el niño expuesto perinatalmente al VIH, para la aplicación de la vacuna BCG, se debe considerar lo siguiente:

- Las intervenciones realizadas para la prevención de la transmisión vertical, con riesgo menor del 2% con profilaxis efectiva.
- El riesgo de infección por *M. tuberculosis* (epidemiología local).
- La accesibilidad a los métodos de diagnóstico para la infección por VIH.
- La posibilidad de seguimiento clínico y de laboratorio.

Los niños con dos estudios virológicos negativos (uno de los cuales se haya realizado después del primer mes de vida) pueden recibir la vacuna BCG si no fueron alimentados a pecho. Si no se dispone de metodología para realizar la evaluación en los primeros meses de vida, se considerará la vacunación teniendo en cuenta los riesgos y beneficios.

Los niños VIH positivos que hubiesen recibido la vacuna BCG al nacer deben ser seguidos en forma estrecha para poder identificar y tratar precozmente cualquier complicación relacionada con dicha vacuna.

Complicaciones

Las reacciones locales, úlcera mayor de 8 mm y/o persistencia superior a los 4 meses, adenopatías axilares, supraclaviculares y/o cervical del mismo lado de la vacunación, no suelen ser consideradas como complicaciones.

Las complicaciones sistémicas y las asociadas a inmunodeficiencias deben recibir tratamiento. La osteítis ha sido descrita en algunos países en relación con la cepa, la virulencia y la dosis de la vacuna. Aunque, excepcionalmente, se han descrito diseminaciones vaccinales generalizadas y meningitis por BCG en inmunocompetentes, esto ha ocurrido, sobre todo, en inmunocomprometidos.

Se debe evaluar la inmunidad del individuo (serología para VIH, criterios de sospecha de inmunodeficiencia primaria) ante la aparición de complicaciones de la vacunación con BCG: abscesación, fístula persistente, linfadenitis supuradas, osteítis u osteomielitis, diseminación, reactivación de la lesión inicial. Si, en dichas situaciones, se comprueba la inmunodeficiencia, el paciente debe recibir tratamiento con drogas antituberculosas (excepto pirazinamida, a la que el *M. bovis* es resistente), además del tratamiento de la enfermedad de base, por lo que se sugiere la consulta con el especialista.

Contraindicaciones

- Inmunodepresión primaria o secundaria (inmunodeficiencias congénitas, linfomas, leucemias, neoplasias generalizadas, VIH positivos).
- Enfermedades con grave compromiso del estado general.
- Afecciones generalizadas de la piel.
- Enfermedades infecciosas agudas en curso (especialmente, sarampión y varicela).
- Tratamiento prolongado con esteroides o drogas inmunosupresoras.

Las afecciones leves, como el resfriado común, no constituyen una contraindicación.

Quimioprofilaxis

Es la administración de medicamentos antituberculosos a pacientes vírgenes de infección tuberculosa, con el objeto de evitar la aparición de la enfermedad (quimioprofilaxis primaria) o el desarrollo de la enfermedad en infectados, a partir de una infección hasta entonces latente (quimioprofilaxis secundaria).

Quimioprofilaxis primaria

Se debe realizar a todo niño con prueba tuberculínica negativa, asintomático y cuya radiografía de tórax sea normal, que se encuentre en contacto con un enfermo contagiante.

Se emplea isoniacida a razón de 10 mg/kg/día (máximo de 300 mg/día) en una toma diaria. Al mismo tiempo, se debe realizar el estudio de foco a todos los convivientes. Se efectuará un control mensual clínico y se repetirá el estudio tuberculínico y radiológico a los tres meses para cerciorarse de que el niño no se hallaba en el período prealérgico. La profilaxis se mantendrá 6 meses en los menores de 5 años.

En los niños de 5 a 15 años tuberculino negativos, asintomáticos, contactos de enfermos baci-

líferos, se puede suspender la quimioprofilaxis luego de descartar viraje tuberculínico, en el control del 3.º mes de iniciada la quimioprofilaxis, si ha cesado su exposición por más de dos meses y si se ha completado el estudio de contactos y no hay otros enfermos bacilíferos (Tabla 7).

Se debe recordar que, si el paciente no fue vacunado previamente, deberán recibir vacuna BCG los menores de 6 años, luego de finalizar la quimioprofilaxis.

Quimioprofilaxis secundaria

Es la conducta frente a la primoinfección tuberculosa, detectada por una reacción tuberculínica positiva, el viraje tuberculínico durante un período menor de 2 años o la presencia de un nódulo precoz en un paciente no vacunado con BCG previamente (aparición del nódulo antes de cumplirse 10 días desde la inoculación).

Se realiza con 10 mg/kg/día de isoniacida (máximo de 300 mg/día) durante 6 meses.

Quimioprofilaxis en el virus de la inmunodeficiencia humana

La identificación de la infección con *M. tuberculosis* puede ser dificultosa en los infectados por VIH, ya que muy pocos responden a la prueba tuberculínica y los cambios radiológicos no son típicos. En pacientes VIH positivos en contacto con un enfermo de tuberculosis contagiante y habiendo descartado enfermedad tuberculosa, se hará profilaxis con isoniacida por 9 meses.

Quimioprofilaxis en la tuberculosis resistente

Si se debe efectuar quimioprofilaxis a un paciente expuesto a una fuente infectante con bacilos resistentes a isoniacida, se emplean 10 mg/kg/día de rifampicina (máximo de 600 mg) durante 4 meses.

En caso de contacto con tuberculosis multirresistente, no se ha demostrado, hasta el momento, la eficacia de ningún esquema preventivo, por lo que debe efectuarse un seguimiento clínico, radiológico y bacteriológico estrecho durante, por lo menos, dos años. En los contactos de mayor riesgo de progresión a la enfermedad (niños menores de 5 años, VIH positivos y desnutridos graves), se debe consultar con un especialista.

Otras situaciones especiales

Los pacientes con falla renal crónica que reciben hemodiálisis presentan un riesgo de desarrollar tuberculosis activa de 10 a 25 veces mayor que

la población general, y los que padecen diabetes mellitus, de 2 a 4 veces mayor.

Otras condiciones clínicas con riesgo aumentado incluyen desnutrición, inmunodepresión, trasplante, miastenia gravis, enfermedades reumáticas, neoplasias, tratamientos con inmunomoduladores. En todos los casos, se realizará una investigación exhaustiva del medio para descartar la fuente infectante, a la vez que se efectuará una prueba tuberculínica, una radiografía de tórax y una baciloscopia. Se procederá a iniciar quimioprofilaxis o tratamiento, según corresponda.

ESTUDIO DE CONTACTOS

Los objetivos del estudio de contactos son los siguientes:

- Identificar a las personas que estuvieron expuestas al bacilo de la tuberculosis.
- Diagnosticar si han desarrollado una tuberculosis activa o tienen una infección tuberculosa.
- Tratar en forma precoz a los enfermos que han desarrollado una tuberculosis activa.
- Tratar a los portadores de infección latente luego de descartar tuberculosis activa.
- Recomponer la cadena de transmisión de la infección tuberculosa para identificar el caso fuente.
- Cortar la cadena de transmisión.

Las personas que han estado en contacto con un paciente cuya enfermedad tiene localización laríngea y/o pulmonar con baciloscopia positiva (enfermo bacilífero) o presentan lesiones extensas o cavidades tienen mayor riesgo de tener una infección tuberculosa latente y, eventualmente, desarrollar la enfermedad. Una infección reciente tiene una probabilidad diez veces mayor de desarrollar tuberculosis que una antigua.

Por el contrario, los pacientes con lesiones pulmonares con baciloscopia negativa, los casos que no se confirman por bacteriología y los que presentan localizaciones extrapulmonares (excepto la laríngea) tienen un potencial infectante significativamente menor. Esto NO significa que los contactos de estos grupos de pacientes no deban ser estudiados porque, en estas situaciones, el caso contagiante puede surgir del estudio de contactos.

Categoría de contactos

Contactos íntimos: Son las personas que pernoctan bajo el mismo techo de un enfermo con diagnóstico de tuberculosis o aquellas que tienen un contacto diario con el enfermo igual a 6 horas

o mayor. Este grupo tiene mayor riesgo de infectarse y de desarrollar una tuberculosis activa.

Contactos frecuentes: Son las personas que tienen un contacto diario menor de 6 horas con un enfermo con diagnóstico de tuberculosis. Generalmente, son aquellos que no conviven, pero tienen una relación con el paciente de tipo personal, escolar, laboral o de otra índole, que favorece la transmisión de la infección tuberculosa.

Contactos esporádicos u ocasionales: Son las personas que tienen contacto con un enfermo con diagnóstico de tuberculosis, pero no en forma diaria.

Acciones por seguir para el estudio de contactos:

1. Evaluar y clasificar el caso índice: resultados de bacteriología, características radiológicas de la enfermedad, síntomas, tiempo de evolución, tipo de relación con los contactos, antecedentes de tratamiento antituberculoso y factores de riesgo asociados.
2. Selección y censado de los contactos: se debe comenzar siempre el estudio por los contactos íntimos. Cuando entre ellos se haya detectado algún caso, o bien un número elevado de infectados o conversores a la tuberculina, se pasará a hacer el estudio de los contactos frecuentes y, sobre la base de los resultados de esos estudios, se decidirá si se estudian o no los contactos ocasionales.
3. Diagnóstico de infección o enfermedad: se estudiarán los contactos mediante examen físico, prueba tuberculínica, radiografía de tórax y examen microbiológico de esputo a los sintomáticos respiratorios ("sintomático respiratorio" es la persona que presenta tos y expectoración por más de 2 semanas).
4. Conducta terapéutica: se indicará quimioprofilaxis (Tabla 7) o tratamiento según corresponda a cada caso.
5. Seguimiento: control clínico para descartar la enfermedad ante la aparición de síntomas.

SITUACIONES ESPECIALES

Virus de la inmunodeficiencia humana/sida

Los individuos infectados por tuberculosis que se infectan por VIH presentan un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa (10% por año). Además, los sujetos infectados por VIH que se infectan por *Mycobacterium tuberculosis* también presentan un mayor riesgo de desarrollar tuberculosis activa (que alcanza, aproximadamente, al

40% de los infectados). Además, se produce en forma más rápida y con mayor mortalidad que en los inmunocompetentes.

Debido a la interacción entre ambas enfermedades, **se debe descartar la coinfección con VIH en todo paciente con diagnóstico de tuberculosis** e investigar exhaustivamente la presencia de tuberculosis en todo niño con infección por VIH.

Las manifestaciones clínicas y radiológicas de los pacientes coinfectados con VIH pueden ser similares a las de los niños inmunocompetentes, en especial, si la tuberculosis antecede al inmunocompromiso.

En pacientes con déficit inmunológico grave, la tuberculosis puede presentarse como formas atípicas, con infiltrados pulmonares difusos o con compromiso extrapulmonar de varios órganos.

Los signos y síntomas de tuberculosis son inespecíficos y no se distinguen clínicamente de las enfermedades debidas a otras etiologías.

Es frecuente que estos pacientes no presenten reactividad tuberculínica, por lo que es necesario un alto índice de sospecha para diagnosticar correctamente la tuberculosis en este grupo.

Deberán obtenerse muestras para cultivo, tipificación y antibiograma de todos los niños infectados por VIH con sospecha de tuberculosis. Es necesario descartar las infecciones por micobacterias no tuberculosas y determinar la sensibilidad a las drogas antituberculosas de la cepa infectante, ya que se ha comunicado un mayor índice de farmacoresistencia en la población con VIH. Es importante pesquisar exhaustivamente los antecedentes del foco de contagio bacilífero para adecuar el régimen terapéutico inicial según su sensibilidad hasta tener la información bacteriológica del niño.

El esquema de tratamiento debe incluir cuatro drogas iniciales durante los 2 primeros meses. La duración total del tratamiento es de 12 meses, y debe realizarse un estricto monitoreo de los efectos adversos a los medicamentos, especialmente de la función hepática.

El inicio del tratamiento antirretroviral es una prioridad, especialmente en presencia de enfermedad avanzada, debido a que el grado de inmunosupresión en los pacientes coinfectados con tuberculosis y VIH aumenta la mortalidad. Se deben tener en cuenta las interacciones medicamentosas, la toxicidad y el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, por lo que se recomienda que el manejo de estos niños siempre se consulte con especialistas.

Tuberculosis farmacoresistente

La resistencia del *M. tuberculosis* a las drogas que se utilizan en el tratamiento de la enfermedad es un problema en aumento.

El *M. tuberculosis* tiene mutaciones espontáneas con una frecuencia predecible en los cromosomas, que le confieren resistencia a los agentes antimicrobianos. Estas mutaciones no están vinculadas al uso de medicamentos, sino que son espontáneas y previas a ellos. Esta proporción de mutantes “espontáneamente” resistentes (resistencia natural) varía entre 1 en 10^5 y 1 en 10^8 para las drogas principales (isoniacida, estreptomina, rifampicina, etambutol, pirazinamida). Cuando se administra monoterapia (una sola droga útil), se selecciona la población bacilar: mueren los bacilos sensibles y se siguen reproduciendo los resistentes. Así, se logran cepas resistentes *in vivo* (resistencia secundaria o adquirida), que luego se transmiten de uno a otro individuo.

Si bien es poco probable que se indique un solo medicamento frente a un caso de tuberculosis, se pueden indicar dos desconociendo que los bacilos que el paciente alberga ya son resistentes a uno de ellos. Esto es lo que se denomina “monoterapia encubierta”. Si el paciente, por cuenta propia, elige los medicamentos que toma, de la misma manera, selecciona mutantes bacilares resistentes en sus lesiones.

En nuestro país, los aislamientos de *M. tuberculosis* resistentes en niños comenzaron en la segunda mitad de la década de los noventa, coincidentemente con el incremento de resistencia en la población adulta.

Resistencia bacteriana múltiple o multiresistencia

Es aquella cepa de *M. tuberculosis* que presenta resistencia a las dos drogas de primera línea más efectivas: isoniacida y rifampicina, acompañada o no de resistencia a otras drogas antituberculosas. Si la resistencia bacteriana es a una de ellas (aunque existan otros medicamentos comprometidos), pero se conserva la sensibilidad a la otra, sea esta isoniacida o rifampicina, es preferible seguir denominándola polirresistencia bacteriana.

Algunas cepas de *M. tuberculosis* con resistencia a fármacos que se han aislado en los últimos años presentan un patrón de resistencia aún mayor, por lo que se denomina tuberculosis extensamente resistente (XDR) a la enfermedad causada por bacilos multiresistentes con resistencia a quinolonas e inyectables.

Se debe sospechar tuberculosis con farmacoresistencia en los siguientes casos:

- Niño que empeora o persiste con baciloscopías

positivas al finalizar la fase inicial, a pesar de estar bajo un tratamiento adecuado y supervisado (se deben descartar otros diagnósticos diferenciales y comorbilidades).

- Niño con antecedente de tratamientos irregulares, no supervisados, abandonos o con mala adherencia.
- Niño en contacto con un adulto con tuberculosis con resistencia a fármacos conocida.
- Procedencia de una comunidad con elevadas tasas de tuberculosis farmacorresistente.
- Contacto con un caso de tuberculosis con lo siguiente:
- Fracaso terapéutico (baciloscopías positivas luego de 4 meses de tratamiento supervisado).
- Retratamiento.
- Caso crónico (tuberculosis a pesar de 2 tratamientos previos).
- Poca adherencia al tratamiento.

Las pruebas de sensibilidad a fármacos deben solicitarse sistemáticamente en todos estos casos y se debe informar al laboratorio la sospecha de resistencia. Estas pruebas deben realizarse en laboratorios de referencia sometidos a controles de calidad.

Es difícil tratar la tuberculosis farmacorresistente debido a la complejidad de los regímenes medicamentosos necesarios, la mayor incidencia de reacciones adversas que generan las drogas de segunda línea y los altos costos de la medicación. Los esquemas terapéuticos deben ajustarse individualmente al patrón de resistencia bacteriana observada en el niño o en el foco de contagio, adaptando la dosis de cada fármaco al peso del paciente y respetando el intervalo de administración de cada medicamento (*Tabla 8*). En todos los casos, estos pacientes deben ser consultados o referidos a centros que cuenten con un apropiado equipamiento para el aislamiento microbiológico, el suministro de medicamentos específicos, los profesionales entrenados en el monitoreo de efectos adversos de las drogas de segunda línea, el seguimiento estrictamente supervisado y el tratamiento observado de manera directa.

Se puede remitir la consulta al CONAER del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, a través de la siguiente dirección de correo electrónico: pnctb.ar@gmail.com.

ANEXO 1: BIOSEGURIDAD

Al *Mycobacterium tuberculosis* le corresponde el nivel 3 en la clasificación de peligrosidad (microorganismos que pueden causar la muerte o los de riesgo moderado, pero con los cuales los procedimientos de trabajo –aerosoles– incluyen alto riesgo de infección). El bacilo se transmite mediante partículas en suspensión en el aire o núcleos de gotitas, que se generan cuando las personas bacilíferas tosen, expectoran, estornudan, cantan y/o hablan. También se producen cuando se manipula material infeccioso en los laboratorios, quirófanos o salas de autopsias.

La transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de salud es un problema que obliga a planificar acciones concretas para su prevención y control. Está demostrado que la tasa de tuberculosis en estas instituciones puede llegar a ser de 10 a 50 veces superior a la de la población general.

Habitualmente, el riesgo de infección está condicionado por el tiempo de contacto, la carga bacilar y las condiciones ambientales (a menor dimensión y ventilación del ambiente, mayor posibilidad de infección).

Condiciones medioambientales que disminuyen el riesgo de transmisión

Áreas comunes

La ventilación apropiada es una de las medidas más efectivas para reducir la transmisión de la tuberculosis. El sol es una fuente natural y económica de rayos ultravioleta.

Debe priorizarse la atención rápida del paciente, ya que el menor tiempo de permanencia disminuye la cantidad de aerosoles producidos por su tos. La sala de toma de muestras y la central de tratamiento deben estar separadas de la sala de espera y deben contar con ventilación (ventanas amplias al exterior).

En los enfermos sospechosos de padecer tuberculosis, deben evitarse, en lo posible, las nebulizaciones. De ser necesarias, se harán en la sala de toma de muestras o en otra cuyas condiciones de ventilación sean similares. Las máscaras u otro material utilizado deben sumergirse en hipoclorito por 1 hora y luego lavarse con detergente y abundante agua.

A menudo, se considera que la mayoría de los niños no contagian la tuberculosis; sin embargo, existe un alto riesgo de enfermedad tuberculosa insospechada y sin tratar entre los adultos que acompañan o visitan a estos niños.

No se debe internar a un paciente bacilífero a

menos que sea estrictamente necesario. En este caso, deberá ser aislado del resto hasta la negativización de la baciloscopia. Los pacientes VIH positivos con tuberculosis confirmada o presunción clínica de tuberculosis deben permanecer en la sala de aislamiento mientras estén internados. Los pacientes con riesgo de multirresistencia (antecedente de tratamientos irregulares, mala evolución o contactos con multirresistentes) deberán permanecer en salas de aislamiento, aun cuando su baciloscopia de diagnóstico sea negativa.

Si un paciente bacilífero debe ser trasladado dentro del hospital, tiene que utilizar barbijo tipo quirúrgico (mascarillas o protectores bucales).

Salas de internación común

Deben tener ventilación con buen flujo de aire, con ventanas al exterior. No se debe nebulizar ni efectuar maniobras similares que creen aerosoles.

Salas de aislamiento

Deben contar con ventilación, buen flujo de aire y ventanas amplias al exterior. Si no se dispone de estas, se pueden utilizar extractores de aire, que deben ubicarse en la pared opuesta a cualquier entrada de aire y cerca del techo. Se recomiendan extractores con filtros HEPA que produzcan entre 6 y 10 cambios de aire por hora. Las puertas deben permanecer cerradas para evitar corrientes de aire.

Salas de nebulización o fibrobroncoscopia

Deben ser ventiladas después de su uso o expuestas a luz ultravioleta. El material utilizado debe ser esterilizado convenientemente.

Quirófanos y salas de autopsias

Deben ser desinfectados con hipoclorito, luz ultravioleta o ambos.

Laboratorio

Se deberán manipular las muestras evitando la formación de aerosoles y de acuerdo con las normas generales de bioseguridad 3 en laboratorios.

Áreas de diagnóstico microbiológico

Toda manipulación de material potencialmente infeccioso debe ser realizada en áreas alejadas de la circulación general. No se deben utilizar ventiladores ni acondicionadores de aire que generen flujos de aire mientras se está trabajando con material infeccioso. Se debe trabajar en áreas con pisos y paredes lavables, limpiarlos diariamente con agua con lavandina al 10%. No se debe

barrer en seco, encerar ni utilizar plumeros para la limpieza. No hay que tener, en el área de trabajo, elementos innecesarios ni sacar de ella libros de registro o elementos allí utilizados. Se debe usar siempre máscara y guardapolvo de mangas largas y cerrado, y no sacarlo del centro de salud, donde debe ser desinfectado y lavado (con agua caliente y enjuague con agregado de lavandina). Todo material utilizado en la zona debe descartarse adecuadamente antes de abandonarla. Al finalizar la jornada, se efectuará una desinfección con hipoclorito o desinfectante adecuado; de ser posible, se debe utilizar, además, luz ultravioleta. Se deben limpiar los pisos, las paredes y las mesadas con un trapo humedecido con hipoclorito al 10%.

Los hospitales o servicios especializados son clasificados de *muy alto riesgo*, por lo que deben redoblar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

Protección del personal de salud

El personal de salud con enfermedades o tratamientos inmunosupresores o diabéticos no deben trabajar en contacto con pacientes bacilíferos o en áreas de riesgo.

Se deberá efectuar una evaluación médica clínica anual sistemática a todo el personal expuesto. Además, se efectuará baciloscopía (cultivo, de ser posible) y radiología cuando tengan síntomas respiratorios.

Los que trabajen en salas de aislamiento, o expuestos a pacientes contagiantes o que manipulen muestras de pacientes bacilíferos, deben utilizar barbijos tipo N-95 o HEPA.

El fenol es el desinfectante de elección en la tuberculosis; sin embargo, debe tenerse en cuen-

ta que se absorbe por la piel y puede causar problemas renales con el tiempo. Además, es un tóxico ambiental, por lo que se debe utilizar con moderación.

Toda institución deberá contar con instrucciones escritas y difundidas sobre el manejo de pacientes con tuberculosis y sus muestras biológicas. En cada sección, deben estar expuestas las normas básicas de bioseguridad específicas del área. Se deberá efectuar un registro de accidentes que pudieran poner en riesgo al personal y un seguimiento de ellos por control clínico, radiológico y bacteriológico.

Precauciones para la toma, la conservación y el traslado de las muestras

En lo posible, las muestras deben ser recolectadas al aire libre o en un lugar bien ventilado hacia el exterior y con puertas cerradas hacia áreas de circulación de público. Para el transporte, se deben acomodar los envases en una caja rígida, resistente, impermeable, con cierre hermético y divisiones interiores, y ubicarla en otra caja sin divisiones de tamaño ligeramente mayor, rellorando los espacios vacíos para evitar movimientos. Es conveniente utilizar una doble envoltura de las muestras con polietileno.

Medidas para el control de la tuberculosis en la comunidad

Se debe educar a la comunidad sobre la prevención y el control de la tuberculosis. Transmitir los conceptos en forma clara y sin estigmatizar al paciente o su familia favorecerá el cumplimiento de las medidas de aislamiento y la adherencia al tratamiento.

ANEXO 2: DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Caso de tuberculosis:** paciente al que se le ha diagnosticado la enfermedad y se ha decidido tratarlo con un esquema completo de tratamiento antituberculoso.
- **Caso índice:** es la persona que cumple con la definición de caso de tuberculosis, a partir del cual se origina el estudio de contactos. Es el primer caso que llama la atención del investigador y origina una serie de acciones necesarias para conocer un foco de infección.
- **Caso fuente:** es la persona que ha transmitido la tuberculosis a otra. No siempre el caso índice es el caso fuente. A veces, este se identifica al estudiar los contactos del caso índice.
- **Contactos:** son las personas que comparten temporalmente un espacio común con un caso índice de tuberculosis, cualquiera sea la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar) y con o sin confirmación bacteriológica.

Definiciones de casos para su notificación al Programa de Control de la Tuberculosis

- **Casos nuevos:** son aquellos que no han recibido previamente tratamiento contra la tuberculosis o lo han recibido por menos de un mes (sin importar si la baciloscopia o el cultivo eran positivos o no).
- **Casos previamente tratados:** son aquellos pacientes que han recibido tratamiento contra la tuberculosis anteriormente, por más de un mes, y son diagnosticados de nuevo como enfermos de tuberculosis activa. El riesgo de que sean portadores de cepas con farmacorresistencia es mayor que en los casos nuevos.
- Dentro de los casos previamente tratados, existen 4 grupos:
 - **Recaída:** paciente con tuberculosis en cualquiera de sus formas, quien, en el pasado, ha sido notificado con tratamiento completo o curado por un médico y ha vuelto con baciloscopia y/o cultivo de esputo positivo.
 - **Abandono:** paciente que realizó el tratamiento por más de un mes y lo retoma luego de haberlo interrumpido por dos meses consecutivos o más, con baciloscopia de esputo positiva o negativa, y que clínica y radiológicamente tiene evidencia de tuberculosis activa.
 - **Fracaso:** paciente en tratamiento que presenta bacteriología positiva (baciloscopia y/o cultivo de esputo) al final del cuarto mes de haber iniciado un primer tratamiento.
 - **Fracaso operativo:** cuando el tratamiento no es supervisado.
 - **Fracaso terapéutico:** bajo tratamiento directamente observado.

SINOPSIS

CUÁNDO SOSPECHAR TUBERCULOSIS

- En todo niño en contacto con un foco tuberculoso.
- En pacientes con cuadro compatible con síndrome de impregnación: pérdida de peso, síndrome febril prolongado, disminución del apetito, sudoración nocturna, astenia, hemoptisis.
- En pacientes con cuadro respiratorio persistente sin respuesta a tratamientos previos, radiología sugestiva de tuberculosis o ambos.
- Con eritema nodoso, conjuntivitis flictenular.
- En pacientes inmunodeprimidos o VIH positivos.
- Con PPD positiva.

CÓMO CONFIRMAR LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS

*En la mayoría de los casos, el diagnóstico es difícil de confirmar y se basa en una fuerte sospecha, cuyo **antecedente de contacto** es el elemento de mayor importancia.*

De certeza: identificación del bacilo. Caso de tuberculosis confirmado bacteriológicamente.

- Baciloscopía y/o cultivo: de esputo, lavado gástrico, líquido pleural, aspirado bronquial, lavado broncoalveolar, LCR, líquido ascítico, orina, punciones o biopsias tisulares.

De sospecha o fuerte presunción:

- Viraje tuberculínico o PPD positiva y signo-sintomatología y/o radiología compatible con tuberculosis.
- Anatomía patológica con granulomas con necrosis caseosa (biopsia pleural u otros tejidos).

CÓMO CURAR AL PACIENTE CON TUBERCULOSIS

- Se debe determinar la forma clínica:
 - Infectado: PPD positiva, asintomático, radiografía de tórax normal.
 - Forma moderada o común: PPD positiva,

asintomático o no, radiografía de tórax patológica (complejo primario).

- Forma grave: PPD positiva o negativa, con signos y síntomas de tuberculosis, radiografía de tórax patológica (miliar, broncogénica, cavitaria, fístulas o perforaciones). Tuberculosis extrapulmonar (menígea, osteoarticular, diseminada, renal, abdominal, empiema). Comorbilidades: diabetes, VIH, inmunodeficiencias.
- Se debe elegir la conducta (tratamiento o quimioprofilaxis).
- Se debe implementar la modalidad de tratamiento y su seguimiento.

Modalidades

TDO: es el ideal.

- Tratamiento autoadministrado, supervisado por el familiar a cargo.

Controles:

- Clínico: mensual.
- Radiológico: al inicio, a los 2 meses y al finalizar el tratamiento.
- Se debe corroborar la negativización del foco de infección.
- Se debe supervisar o controlar el correcto cumplimiento del tratamiento.
- Se debe favorecer la adherencia.

CÓMO CONTROLAR EL FOCO DE INFECCIÓN

- Se deben evaluar los contactos:
 - Identificación de cada uno de los convivientes y otros contactos.
 - Evaluación clínica, PPD y radiografía de tórax a todos los niños.
 - Evaluación clínica, radiografía de tórax a los adultos.
 - Baciloscopía a los adolescentes y adultos sintomáticos respiratorios (tos y expectoración de 15 o más días de evolución).
- Se debe controlar la vacunación BCG:
 - Controlar la constancia de vacunación.
 - Verificar la existencia de la cicatriz de BCG.
 - Vacunar con BCG cuando corresponda.
- Se debe indicar quimioprofilaxis:
 - A niños no enfermos en contacto con un ca-

so de tuberculosis contagiante.

- Isoniacida: 10 mg/kg/día (7-15 mg/kg/día, máximo de 300 mg).

CÓMO NOTIFICAR LOS CASOS DE TUBERCULOSIS

- Se debe completar y remitir la planilla de notificación (es una enfermedad de denuncia obligatoria) de los pacientes enfermos. Los infectados no se notifican, pues no son enfermos.

QUÉ INFORMACIÓN SE DEBE DAR AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

- Qué es la tuberculosis.
- Formas de contagio y cadena de transmisión.
- Enfermedad curable.
- Tratamiento de varios meses y constante.
- Concepto de resistencia (implicancia clínica y prevención).
- Medidas higiénico-dietéticas.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Abbate E, Ballester D, Barrera L, Brian MC, et al. Consenso Argentino de Tuberculosis. *Rev Arg Med Resp* 2009;9:61-99.
- Azzopardi P, Bennett CM, Graham SM, Duke T. Bacille Calmette-Guérin vaccine-related disease in HIV-infected children: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis* 2009;13 (11):1331-44.
- Bonifachich E, Chort M, Astigarraga A, Diaz N, et al. Protective effect of Bacillus Calmette-Guerin (BCG) vaccination in children with extra-pulmonary tuberculosis, but not the pulmonary disease. A case-control study in Rosario, Argentina. *Vaccine* 2006;24: 2894-99.
- Bossio JC, Arias SJ, Fernández HR. Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. *Salud colectiva* 2012;18 (Supl 1):S77-91.
- Cuevas LE, Browning R, Bossuyt P, Casenghi M, et al. Evaluation of Tuberculosis Diagnostics in Children: 2. Methodological Issues for Conducting and Reporting Research Evaluations of Tuberculosis Diagnostics for Intrathoracic Tuberculosis in Children. Consensus From an Expert Panel. *J Infect Dis* 2012;205 (Suppl 2):S209-15.
- Farga V, Caminero JA. Tuberculosis. 3ra. Ed. Santiago de Chile: Mediterráneo. 2011.
- Feja K, Saiman L. Tuberculosis in children. *Clin Chest Med* 2005;26:295-312.
- Graham SM, Ahmed T, Amanullah F, Browning R, et al. Evaluation of Tuberculosis Diagnostics in Children: 1. Proposed Clinical Case Definitions for Classification of Intrathoracic Tuberculosis Disease. Consensus From an Expert Panel. *J Infect Dis* 2012;205 (Suppl 2):S199-208.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni. Notificación de Casos de Tuberculosis en la República Argentina Período 1980-2012. Disponible en: http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/03/NotificaciónTB_2012_web.pdf
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Beyers N, et al. Childhood Pulmonary Tuberculosis Old Wisdom and New Challenges. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1078-90.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(4):392-402.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, et al. The clinical epidemiology of childhood pulmonary tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(3):278-85.
- Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Starke JR, et al. A proposed radiological classification of childhood intra-thoracic tuberculosis. *Pediatr Radiol* 2004;34: 886-94.
- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Argentina de Pediatría, UNICEF. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 2012. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/NNA_VIH_Web.pdf.
- Mittal H, Das S, Faridi MMA. Management of newborn infant born to mother suffering from tuberculosis: Current recommendations & gaps in knowledge. *Indian J Med Res* 2014;140:32-39.
- Moreno Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez N, Baquero-Artigao F, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *An Pediatr (Barc)* 2010; 73(3):143.e1-143.e14.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis. Normas y Guía Técnica. Parte I Baciloscofia. 2008. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-labs-bacilos-copia.pdf>.

- Perez Velez CM, Marais BJ. Tuberculosis in Children. *N Engl J Med* 2012;367:348-61.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis: Normas Técnicas. 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>.
- Seddon JA, Furin JJ, Gale M, Del Castillo Barrientos H, et al. Caring for Children with Drug-Resistant Tuberculosis Practice-based Recommendations. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;186: 953-64.
- Seddon JA, Hesselning AC, Godfrey-Faussett P, Fielding K, et al. Risk factors for infection and disease in child contacts of multidrug-resistant tuberculosis: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis* 2013;13:392.
- Seddon JA, Perez-Velez CM, Schaaf HS, Furin JJ, et al. Consensus Statement on Research Definitions for Drug-Resistant Tuberculosis in Children. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2013;2:100-09.
- Singh M, Mynak ML, Kumar L, Mathew JL, et al. Prevalence and risk factors for transmission of infection among children in household contact with adults having pulmonary tuberculosis. *Arch Dis Child* 2005;90:624-28.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumología y Comité Nacional de Infectología. Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2002; 100(2):159-78.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumología y Comité Nacional de Infectología. Tuberculosis infantil. Modificaciones a los criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(1):54-5.
- Starke JR. Tuberculosis in children. *Semin Respir Crit Care Med* 2004; 25(3):353-64.
- TB CARE I. International Standards for Tuberculosis Care, Edition 3. TB CARE I, The Hague, 2014. Disponible en: <http://www.tbcare1.org/publications>.
- Whittaker E, Kampmann B. Perinatal tuberculosis: new challenges in the diagnosis and treatment of tuberculosis in infants and the newborn. *Early Human Development* 2008;84(12):795-99.
- World Health Organization. Rapid advice: treatment of tuberculosis in children. 2010. (WHO/HTM/TB/2010.13).
- World Health Organization. Safety of BCG vaccine in HIV infected infants. *Weekly epidemiol record* 2007; 82(3):17-24.
- World Health Organization. Use of BCG vaccine in HIV infected infants. *Weekly epidemiol record* 2010; 85(5):32-33.
- World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Geneva. 2006. (WHO/HTM/ TB/2006.371).
- World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. 2nd ed. Geneva. 2014. (WHO/HTM/TB/2014.03).
- World Health Organization. Ethambutol efficacy and toxicity: literature review and recommendations for daily and intermittent dosage in children. Geneva. 2006. (WHO/HTM/ TB/2006.365).
- World Health Organization Roadmap for Childhood Tuberculosis. Geneva 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89506/1/9789241506137_eng.pdf.
- Zar HJ, Hanslo D, Apolles P, Swingle G, et al. Induced sputum versus gastric lavage for microbiological confirmation of pulmonary tuberculosis in infants and young children: a prospective study. *Lancet* 2005; 365:130-4.

TABLAS

TABLA 1. Método estandarizado para informar las baciloscopías (Organización Panamericana de la Salud)

Informe de baciloscopía	
No se encuentran BAAR en 100 campos observados.	(-)
Menos de 1 BAAR por campo, en promedio, en 100 campos observados.	(+)
• Entre 1 y 10 BAAR por campo, en promedio, en 50 campos.	(++)
• Más de 10 BAAR por campo, en 20 campos observados.	(+++)

BAAR: bacilos ácido-alcohol resistentes.

TABLA 2. Tuberculosis extrapulmonar: exámenes diagnósticos según la localización

Localización	Metodología diagnóstica
Ganglionar periférica	• Biopsia o punción-aspiración con aguja fina (anatomía patológica, baciloscopía y cultivo).
Miliar (diseminada)	• Radiografía de tórax, TAC o RNM cerebral y punción lumbar (para el diagnóstico de compromiso del SNC), fondo de ojo, ecografía abdominal.
Meníngea	• Punción lumbar (medición de la presión de LCR, citoquímico, baciloscopía y cultivo) y TAC o RNM cerebral.
Pleural	• Punción pleural (citoquímico, baciloscopía y cultivo, ADA), biopsia pleural.
Abdominal (por ej., peritoneal)	• Ecografía abdominal, punción-aspiración de líquido ascítico (citoquímico, baciloscopía y cultivo).
Osteoarticular	• Imágenes, punción/biopsia (anatomía patológica, baciloscopía y cultivo).
Pericárdica	• Ecocardiograma, punción pericárdica (citoquímico, baciloscopía y cultivo).

TAC: tomografía axial computada; RNM: resonancia nuclear magnética; SNC: sistema nervioso central; LCR: líquido cefalorraquídeo; ADA: adenosin deaminasa.

TABLA 3. Fármacos antituberculosos

Grupo 1	Fármacos orales de primera línea: isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z).
Grupo 2	Inyectables: estreptomicina (S), kanamicina (Km), capreomicina (Cm), amikacina (Am).
Grupo 3	Fluoroquinolonas: levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx), ofloxacin (Ofx).
Grupo 4	Fármacos orales de segunda línea: etionamida (Eto), protionamida (Pto), cicloserina (Cs), ácido paraaminosalicílico (PAS).
Grupo 5	Medicamentos cuya efectividad es dudosa: amoxicilina/clavulánico, clofazimina, linezolid, tioacetazona, meropenem, claritromicina, altas concentraciones de H.

TABLA 4. Esquemas de tratamiento según la forma clínica

Presentación clínica	Fase intensiva	Fase de continuación
Tuberculosis moderada: - Pulmonar con baciloscopía negativa y complejo primario no complicado. - Extrapulmonar no grave: pleuresía unilateral, cutánea y ganglionar periférica única.	2HRZ	4HR $\begin{matrix} \text{O} \\ 4\text{H}_3\text{R}_3^* \end{matrix}$
Tuberculosis grave: - Pulmonar con baciloscopías positivas. - Pulmonar con baciloscopías negativas y lesiones pulmonares extensas (miliar, opacidad de un segmento o de un lóbulo, bronconeumonía) y/o cavernas. - Extrapulmonar grave (pericárdica, pleuresía bilateral, empiema pleural, genitourinaria osteoarticular, abdominal, meníngea). - Asociada al VIH/sida u otras alteraciones inmunológicas.	2HRZE	4HR $\begin{matrix} \text{O} \\ 4\text{H}_3\text{R}_3^* \end{matrix}$ En pacientes con lesiones pulmonares extensas y de mala evolución, miliar, meníngea u osteoarticular y enfermos con VIH/sida u otra inmunodeficiencia, se recomienda una fase de continuación de 7 a 10 meses con HR diaria.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

* La fase de continuación intermitente trisemanal se puede emplear solamente en poblaciones sin VIH y bajo supervisión estricta del tratamiento.

TABLA 5. Efectos adversos de las principales drogas antituberculosas

Droga	Efectos adversos	
	Poco frecuente	Excepcional
Isoniacida	Hepatitis Hipersensibilidad cutánea Neuropatía periférica	Convulsiones Anemia hemolítica Síntomas mentales Anemia aplástica Anemia sideroblástica Agranulocitosis Reacción lupoide Artralgia Ginecomastia
Rifampicina	Hepatitis Reacciones cutáneas Reacciones gastrointestinales Púrpura trombocitopénica Fiebre Síndrome gripal	Taquipnea Shock Anemia hemolítica Falla renal aguda
Pirazinamida	Hepatotoxicidad Náuseas Vómitos Exantema Anorexia Artralgias Hiperuricemia Hipersensibilidad cutánea	Gota Fotosensibilidad
Etambutol	Neuritis retrobulbar Artralgia Hepatitis	Hipersensibilidad cutánea Neuropatía periférica
Estreptomina	Nefrotoxicidad Ototoxicidad Vómitos Dolor en el sitio de inyección Hipersensibilidad cutánea	

TABLA 6. Principales interacciones medicamentosas de las drogas antituberculosas

Droga	Interacción
Isoniacida	Aumenta los niveles de fenitoína, carbamazepina y diazepam (en individuos acetiladores lentos).
Rifampicina	Aumenta la toxicidad hemopoyética del AZT. Su efectividad es disminuida por HAART. Incrementa el metabolismo de anticonceptivos, analgésicos opioides, corticoides, anticoagulantes warfarínicos, hipoglucemiantes orales, quinidina, digital, ketoconazol, ciclosporina, anticonvulsivos, tacrolimus.
Estreptomina	Potencia el bloqueo neuromuscular (curare). Contraindicada en miastenia gravis.

HAART: terapia antirretroviral de gran actividad.

TABLA 7. Quimioprofilaxis en contactos pediátricos

Quimioprofilaxis	< 15 años (asintomáticos y con examen físico y radiografía de tórax normal) contactos de enfermos contagiantes	< 5 años: H 6 meses.
		5-15 años PPD positivos: H 6 meses.
		5-15 años PPD negativos: H hasta descartar viraje tuberculínico.*

* En niños de 5 a 15 años, con PPD negativa, asintomáticos, contactos de enfermos bacilíferos, se puede suspender la quimioprofilaxis luego de descartar viraje tuberculínico en el control del tercer mes si han cesado su exposición por más de dos meses.

TABLA 8. Medicamentos de segunda línea: dosis y efectos adversos

Fármaco	Dosis diaria (dosis máxima)	Efectos adversos
Amikacina Kanamicina Capreomicina	15-20 mg/kg (1 g).	Ototoxicidad Nefrotoxicidad
Etionamida/protionamida	15-20 mg/kg/día (1 g) • repartidos en 2 o 3 dosis.	Hepatotoxicidad Reacciones gastrointestinales Neurotoxicidad Hipersensibilidad Hipotiroidismo
PAS (ácido para-amino salicílico)	150-200 mg/kg/día (10 g) • repartidos en 2-3 dosis.	Hepatotoxicidad Reacciones gastrointestinales Hipersensibilidad
Cicloserina/terizidona	10-20 mg/kg/día (1 g) • repartidos en 2 dosis.	Psicosis, depresión Cambios de personalidad Convulsiones Rash cutáneo
Moxifloxacina	7,5-10 mg/kg/día (400 mg).	Reacciones gastrointestinales Rash cutáneo Cefalea Insomnio
Levofloxacina	10 mg/kg/día (750 mg).	Ídem moxifloxacina
Linezolid	10 mg/kg/día (600 mg).	Reacciones gastrointestinales Trombocitopenia Neuropatía periférica

Asociación de criterios de Stegen modificado por Toledo para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica, Hospital Belén de Trujillo.

Association of Stegen's criteria modified by Toledo for the diagnosis of paediatric tuberculosis, Belén Hospital of Trujillo.

ROMERO GOICOCHEA, Cecilia¹; BENITES CASTILLO, Santiago²
CHÁVEZ TARAZONA, Paola³; COLUNCHE NARVAEZ, César³; CONTRERAS ÚLTIMA, Jasmell³;
CONTRERAS ÚLTIMA, Roberth³; CUEVA RÍOS, Margarita³; CUITO LOYOLA, Henry Omar³

RESUMEN

La presente investigación es para demostrar si existe asociación entre los criterios de Stegen modificado por Toledo en pacientes con tuberculosis pediátrica, e identificar la asociación de los criterios de Stegen modificado por Toledo en pacientes pediátricos con tuberculosis pediátrica. La población del estudio estuvo conformada por Historias Clínicas de 36 pacientes con diagnóstico de tuberculosis BK+ y 34 con diagnóstico de tuberculosis BK- menores de 18 años, determinándose en cada paciente los criterios de Stegen modificados por Toledo. Para determinar si existe asociación entre cada criterio propuesto y la tuberculosis pediátrica se aplicó la prueba χ^2 , para independencia de factores. De los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk positivo (36), en mayor porcentaje, 91,67%, se encontró tanto para el criterio clínico y criterio radiológico. De los pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk negativos, en mayor porcentaje, 76,47%, se encontró en el criterio clínico. La asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva no hubo diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos (χ^2 : 2.84) y no se puede calcular el OR.; con el criterio clínico: χ^2 : 3.91 y OR: 3.38, con el criterio radiológico: χ^2 : 6.075 y OR: 4.58 y con el criterio inmunológico: χ^2 : 29.09 y OR: 0.095. se concluye que existe asociación entre los criterios clínico y radiológicos con el diagnóstico de Tuberculosis pediátrica en pacientes BK+ y entre el criterio inmunológico con TB Bk-. La presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Palabras clave: : Tuberculosis pediátrica, criterios de Stegen modificado por Toledo.

ABSTRACT

The present investigation is to demonstrate if association exists between Stegen's criteria modified by Toledo in patients with paediatric tuberculosis, and to identify the association of Stegen's criteria modified by Toledo in paediatric patients with paediatric tuberculosis. The population of the study was shaped by Clinical Histories of 36 patients by diagnosis of tuberculosis BK + and 34 by diagnosis of tuberculosis BK - 18-year-old minors, deciding in every patient Stegen's criteria modified by Toledo. To determine if association exists between every proposed criterion and the paediatric tuberculosis applied to itself the test χ^2 , for independence of factors. Of the patients with diagnosis of tuberculosis positive Bk (36), in major percentage, 91,67 %, He was so much for the clinical criterion and radiological criterion. Of the patients with diagnosis of tuberculosis negative Bk, in major percentage, 76.47 %, was in the clinical criterion. The association between the epidemiological criterion and the diagnosis of tuberculosis with baciloscopia positive there was no significant difference of this criterion between both groups (χ^2 : 2.84) and it is not possible to calculate the OR.; with the clinical criterion: χ^2 : 3.91 and OR: 3.38, with the radiological criterion: χ^2 : 6.075 and OR: 4.58 and with the immunological criterion: χ^2 : 29.09 and OR: 0.095. One concludes that association exists between the clinical and radiological criteria with the diagnosis of paediatric Tuberculosis in patients BK + and between the immunological criterion with TB Bk-. The presence of the epidemiological criterion does not relate to TBC's diagnosis positive Bk.

Key words: Standard procedures, Good Storage Practices.

¹Docente Asociada. Universidad Nacional de Trujillo. Dra. en Medicina. cerogo@yahoo.es

²Dr. en Ciencias Biomédicas. Universidad Cesar Vallejo, sbenites_ucv@yahoo.es

³Alumnos de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. revista ucv-scientia@ucv.edu.pe.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad conocida en el Perú desde hace centurias. Se han encontrado momias precolombinas que los investigadores determinaron que tuvieron tuberculosis.¹ Cada año en el mundo se diagnostican 8 millones de casos nuevos y mueren por esta causa 3 millones de personas. Siendo más afectados los países en vías de desarrollo²

El conocimiento que se tiene de la situación epidemiológica de la tuberculosis (TB) infantil es limitado. La prevalencia de TB en el grupo de 0 a 14 años al inicio del año 2000 era de cerca de un millón de casos, lo que correspondía al 10% del total de enfermos. Tómese en cuenta que los datos de la OMS consideran los casos de TB confirmados bacteriológicamente, lo que significa una limitación en niños.³

En nuestro país se observan elevadas tasas de infección, morbilidad y mortalidad que nos ubican en los primeros lugares de los países de Sudamérica.²

La dificultad de abordaje de la TB infantil ocurre por falta de un conocimiento claro del problema y lo difícil de establecer el diagnóstico en niños. A diferencia de la Tuberculosis en adultos, los niños son no bacilíferos o bien son paucibacilares, por tanto son solo positivos en 10 al 15% de los casos e incluso el cultivo es negativo en 70% de los mismos. Por tanto el sustento de un diagnóstico certero que permita aplicar un oportuno tratamiento se basa en el cuidadoso estudio de la historia clínica haciendo hincapié en el estudio de contactos y si no hubiera relato explícito de contacto con tuberculosis, indagar sobre tosedores crónicos con los cuales el niño tenga contacto.^{5,4} El examen físico (teniendo en cuenta las formas pulmonares y extra pulmonares), los estudios de laboratorio y de imágenes permiten someter los datos a evaluación con criterios ya establecidos.⁶ Teniendo en cuenta la dificultad del diagnóstico de

tuberculosis en niños, por tener una baja tasa de bacteriologías positivas, es que se recomienda usar cartillas de combinación de criterios para aproximarnos al diagnóstico, de allí que se idearon tablas con una serie de criterios, cuya suma permite llegar a una categoría de diagnóstico.^{7,1}

En 1979, Toledo y colaboradores publicaron en México un esquema simplificado en base a los criterios de Stegen. Los criterios de Stegen modificado por Toledo consiste en una cartilla con seis criterios (clínico, radiológico, epidemiológico, inmunológico, bacteriológico e histológico), donde cada criterio tiene un puntaje y la suma de ellos da cuatro categorías de diagnóstico, y permite realizar una prueba terapéutica cuando se tiene un determinado puntaje.⁸

En el Perú, el Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud, incluyó desde hace más de 15 años a los criterios de Stegen modificado por Toledo en el Manual de Normas y Procedimientos en Tuberculosis para decidir el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis en niños⁹. Existen también otros sistemas de puntuación empleados en otros países.¹⁰

Los sistemas de criterios han sido calificados de tener una alta sensibilidad pero baja especificidad, y su uso podría llevar a calificar a un paciente como tuberculoso sin serlo. Sin embargo, puede resultar muy útil en zonas alejadas donde son importantes conductas rápidas para el diagnóstico de niños en contacto con adultos tuberculosos¹¹. Por la dificultad en el diagnóstico de TBC en pediatría y teniendo en consideración que los niños son no bacilíferos o bien son paucibacilares y por la elevada prevalencia de tuberculosis en nuestro medio, hemos considerado asociar los criterios de Stegen modificado por Toledo para tomarlos como guía en nuestra decisión de tratamiento en estas condiciones.

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN: Estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de tuberculosis, menores de 18 años, que cumplieron los criterios de inclusión y no los criterios de exclusión.

Para la selección, se tomó en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar de ambos sexos tratados en el programa de control de Tuberculosis del HBT con criterio bacteriológico positivo y negativo en el período 2006-2011.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas, ilegible.
- Historias clínicas de pacientes no pediátricos.

Tamaño muestral:

Se determinaron 36 pacientes BK+ y 34 pacientes BK- en el programa de Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Belén de Trujillo en el periodo de 2006 – 2011.

DISEÑO METODOLÓGICO:

TIPO: Descriptivo - Analítico

Variables epidemiológicas	Clase	Escala de medición
a) Criterio epidemiológico	Cualitativo	Dicotómica
b) Criterio clínico	Cualitativo	Dicotómica
c) Criterio radiológico	Cualitativo	Dicotómica
d) Criterio inmunológico	Cualitativo	Dicotómica
e) Criterio histopatológico	Cualitativo	Dicotómica

PROCESO DE CAPTACIÓN DE DATOS

Se gestionó a través de una solicitud dirigida al Servicio del Programa de Control de Tuberculosis del Hospital Belén de Trujillo nos brindaran acceso a la Base de Datos de pacientes pediátricos con Tuberculosis desde enero 2006 hasta mayo 2011; la cual fue aceptada y respondida afirmativamente.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos de registros han sido procesados empleando el programa SPSS vers. 18. Los resultados son presentados en cuadros de doble entrada con frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Asimismo se presentarán gráficos de barra para facilitar la comprensión de resultados. Para determinar si existe asociación entre cada criterio propuesto y la tuberculosis pediátrica se aplicará la prueba X², para independencia de

factores. Si $p < 0.05$ existirá asociación. Para una mejor evaluación. Si el OR es > 1 se considera factor diagnóstico en caso contrario no se considerará factor diagnóstico.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

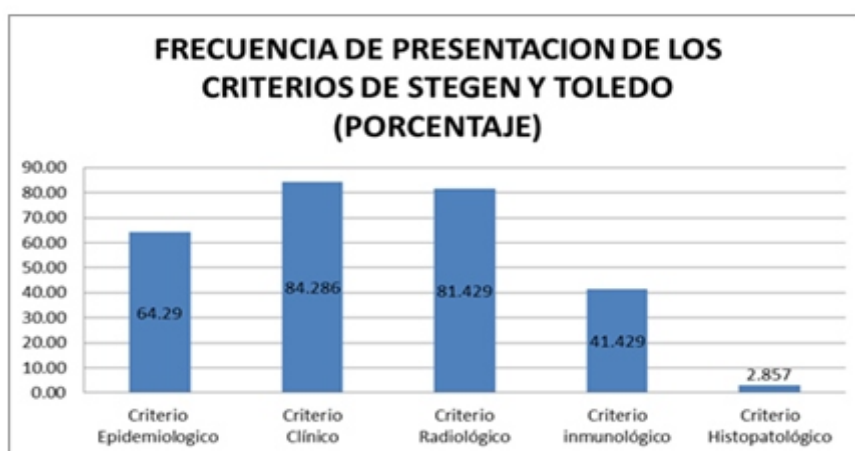
El procesamiento estadístico de los datos se realizó con la ayuda del programa Excel 2010, presentándose los resultados en cuadros con las frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así mismo se realizó la descripción estadística de cada variable.

ASPECTOS ÉTICOS

La información de las historias clínicas se obtuvo en forma anónima y se mantuvo en reserva cualquier dato personal de las pacientes que colaboraron con el estudio ya que fueron para uso exclusivo de la investigación científica.

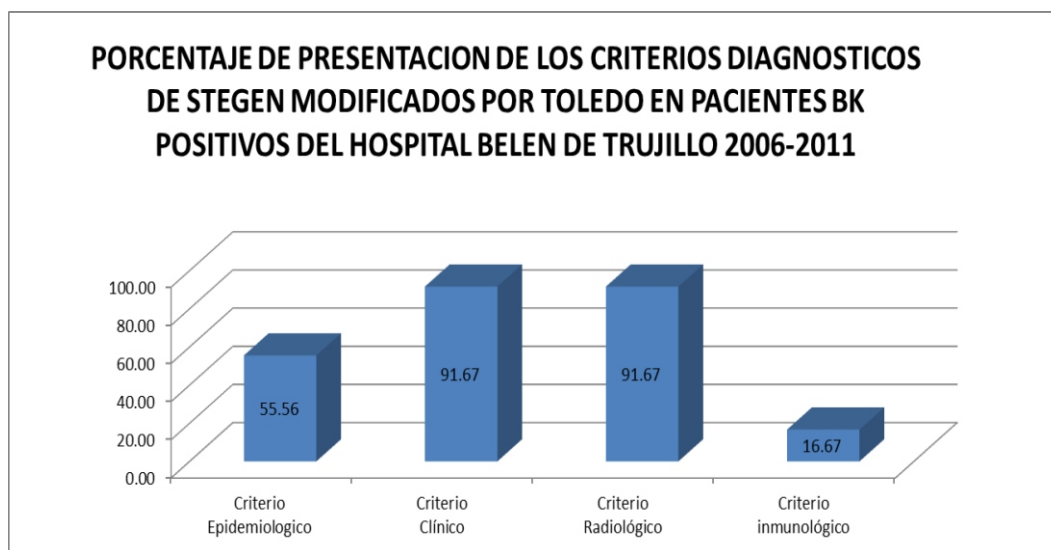
RESULTADOS

En todas las historias clínicas que fueron incluidas (70 historias clínicas) en el presente estudio la frecuencia de presentación de los criterios de Stegen y Toledo, se presentan en porcentaje en la siguiente tabla:



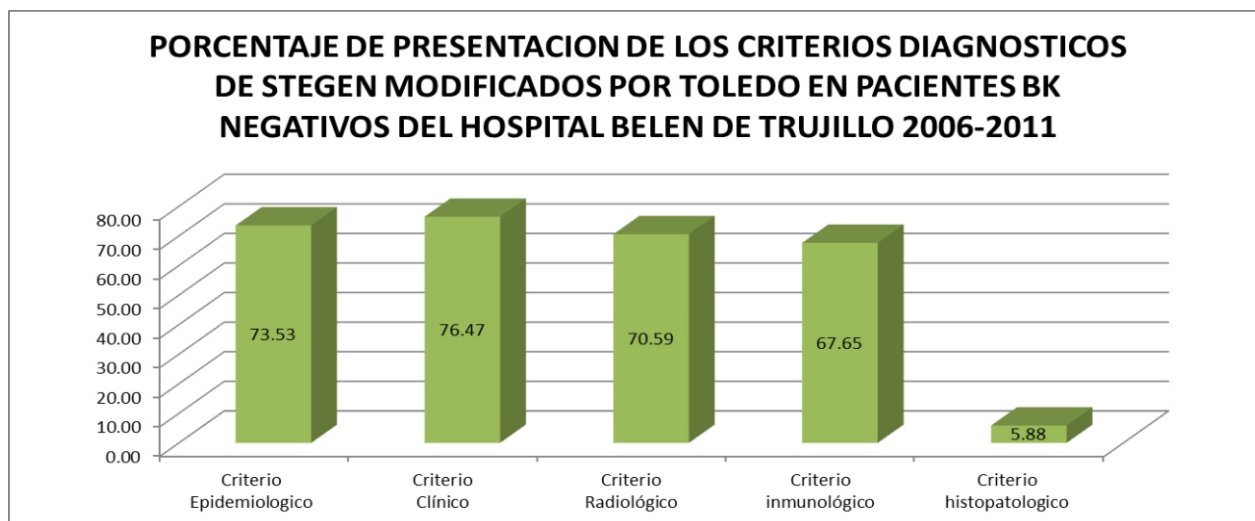
Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

El número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk positivo fueron de 36, de los cuales el 91,67% (33 pacientes) presento el criterio clínico, el 91,67% (33 pacientes) presento el criterio radiológico, el 55,56% (20 pacientes) presento el criterio epidemiológico y el 16,67% (6 pacientes) presento el criterio inmunológico, no se encontró pacientes que hayan presentado el criterio histopatológico.



Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

El número de pacientes con diagnóstico de tuberculosis Bk negativo fueron de 34, de los cuales el 76,47% (26 pacientes) presento el criterio clínico, el 70,59% (24 pacientes) presento el criterio radiológico, el 73,53% (25 pacientes) presento el criterio epidemiológico, el 67,65% (23 pacientes) presento el criterio inmunológico, el 5,88% (2 pacientes) presento el criterio histopatológico.



Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Tabla 1: Asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio epidemiológico	20	25	45
Pacientes sin criterio epidemiológico	16	9	25
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio epidemiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (Tabla 1), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 2.24 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de aceptación de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que no hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos y no se puede calcular el OR. Es decir que la presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Tabla 2: Asociación entre el criterio clínico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio clínico	33	26	59
Pacientes sin criterio clínico	3	8	11
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio clínico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla 2), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 3.91 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos.

El OR es de 3.38 ; lo que indica que la presencia del criterio clínico en un paciente tiene 3 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Tabla 3: Asociación entre el criterio radiológico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

	Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes con criterio radiológico	33	24	57
Pacientes sin criterio radiológico	3	10	13
	36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio radiológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla 3), chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 6.075 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos.

El OR es de 4.58; lo que indica que la presencia del criterio radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Tabla 4: Asociación entre el criterio inmunológico y el diagnóstico de Tuberculosis BK +

			Pacientes con BK positivo	Pacientes con BK negativo	
Pacientes radiológico	con	criterio	6	23	29
Pacientes radiológico	sin	criterio	30	11	41
			36	34	70

Fuente: Historias clínicas completas de pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar del HBT en el periodo 2006-2011.

Para determinar la asociación entre el criterio inmunológico y el diagnóstico de tuberculosis con baciloscopia positiva se realizó la prueba de independencia de criterios (tabla IV), Chi cuadrado con un nivel de significancia de 95%, hallándose un valor de 29.09 (punto de corte = 3.84) lo cual cae en la región de rechazo de la hipótesis nula. Con lo que se demuestra que hay diferencia significativa de este criterio entre los dos grupos. El OR es de 0.095; lo que indica que la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK positivo. El criterio histopatológico no se pudo analizar por estar ausente en el grupo de pacientes con BK positivo.

DISCUSIÓN

La tuberculosis infantil, ha sido motivo de preocupación e incentivo de estudio en diferentes países. Estas investigaciones se justifican debido a la complejidad y limitaciones que existen para el diagnóstico de la misma en el niño y al mayor riesgo que tiene esta población de progresar de infección a enfermedad en poco tiempo si no se realiza un diagnóstico oportuno.¹² A más de 120 años de haberse descrito el bacilo de la tuberculosis (1882) no existe en la actualidad ningún método efectivo y rápido que permita hacer el diagnóstico TB en el niño.¹²

Las proporciones de niños enfermos investigados mediante radiología de tórax, sintomatología, prueba tuberculínica y estudio de contactos fue en nuestro estudio de 81.4%, 84.3%, 41.4% y 64.2%. En comparación con un estudio argentino, de diagnóstico de tuberculosis en la población infantil que fue de 95.3%, 79.6%, 90.1% y 92.7% respectivamente. En nuestro estudio el criterio de mayor proporción fue el clínico en comparación con este estudio argentino que fue la radiología de tórax.¹³

En nuestro estudio la presencia del criterio epidemiológico no se relaciona con el diagnóstico de TBC Bk positivo.

Caminero refiere que en países de alta endemia donde existen contagiosos en la comunidad, aunque no exista un contacto claro este se puede asumir con menor posibilidad de error.¹²

En el presente estudio no se encontró relación entre el criterio epidemiológico con el diagnóstico de TBC Bk positivo, esto se deba probablemente a que el criterio epidemiológico, a diferencia de los otros parámetros de los Criterios de Stegen y Toledo, no corresponde un método diagnóstico directo ni indirecto de la infección por TBC y su presencia sólo aumenta el valor predictivo positivo de cualquier método indirecto.¹⁴

En nuestro estudio la presencia del criterio clínico en un paciente tiene 3 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

En cuanto al criterio clínico en nuestro estudio se encontró que estuvo presente en 84.3%, encontrándose en 47.1% de los casos, en comparación con 37.1% de los controles.

Pimentel R y colaboradores encontraron 92% de los pacientes pediátricos sintomáticos¹⁵. Cifras similares a las halladas en nuestro estudio.

En nuestro estudio la presencia del criterio

radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK positivo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK negativo.

Las manifestaciones radiológicas constituyen una herramienta casi imprescindible para el diagnóstico de TB en el niño¹²

En nuestro estudio el criterio radiológico se encontró presente en 81.4%, encontrándose en 47.1% de los casos, en comparación con 34.3% de los controles. Milković, D y colaboradores en Croacia, de un total de 204 pacientes evaluados con edades comprendidas entre 1 y 14 años, encontraron compromiso radiológico en 172 pacientes (84,31%).¹⁶

Khatami. A y colaboradores revisaron las radiografías de tórax de 30 niños con TB, las adenopatías se observaron en 90% de los casos.¹⁷

Encontrados por Sánchez, G y colaboradores de 49 pacientes encontraron Radiografía de tórax anormal en 39 casos.¹⁸

En nuestro estudio la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis con BK positivo.

La prueba de la tuberculina es uno de los pilares fundamentales en el diagnóstico de la TB en el niño, por lo que toda sospecha debería confirmarse con una prueba de tuberculina positiva.¹²

En cuanto a la prueba de la tuberculina (PPD) se encontró que fue positiva en 41.5%, encontrándose que 32.9% de los controles presentó PPD positivo en comparación con 8.6% de los casos en nuestro

estudio. Por lo que en el diagnóstico en pacientes que tienen cultivo o Bk negativo se opta por el uso de PPD para confirmar el diagnóstico.

En un estudio realizado por Sánchez, G y colaboradores, de un total de 45 pacientes pediátricos, a todos realizaron la prueba de la tuberculina siendo esta reactiva en el 65,3%¹⁸.

En el estudio realizado por Valverde, K y colaboradores de 66 pacientes colocaron PPD solo a 37 pacientes de los cuales 15(40.4%) presentaron una prueba con valores de PPD positivo.¹⁹

Por otra parte Pimentel R y colaboradores en República Dominicana obtuvieron valores diferentes ya que del total de la muestra 682 pacientes, 426 cursaban con algún grado de desnutrición; encontrando en este grupo solo 14 casos (3,3%) una prueba de tuberculínica mayor de 10mm¹⁵

En este trabajo el criterio inmunológico se encontró en el 41,4%, similar a lo encontrado por Castillo 48,4%¹, mientras que otros autores lo encuentran de 30 a 67,34%²⁰. Asimismo, se encontró presente en el 32.9% de los controles y sólo en el 8.6% de los casos, esto se deba probablemente a que este criterio es más buscado para poder llegar al diagnóstico en los pacientes con bacteriología negativa, y por lo tanto constituye una herramienta útil en este grupo; además esto se relaciona con los resultados obtenidos del análisis, del cual se interpreta que la presencia del criterio inmunológico en un paciente tiene 10 veces la probabilidad de ser diagnosticados con tuberculosis con BK negativo en comparación a los pacientes BK positivo.

CONCLUSIONES

- La presencia del criterio clínico y radiológico se asocia con tuberculosis BK positivo.
- Existe asociación entre el criterio inmunológico en la tuberculosis BK negativo
- Se deben utilizar los criterios de esta modificación por Toledo para el diagnóstico de la TBC pediátrica por ser la mejor forma de diagnóstico.

RECOMENDACIONES

1. Realizar investigaciones más amplias como estudios prospectivos de casos y controles donde se puedan recolectar directamente todos los criterios y así evitar sesgos
2. Se recomienda consignar en los registros de información de pacientes con TBC la presencia o no del criterio inmunológico, para evitar sesgos de recolección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo A. Valor diagnóstico de los criterios de Stegen modificado por Toledo de la tuberculosis infantil en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Rev. peru. Pediatr. 2005; 58(2): 30-39.
2. León M. Epidemiología de la tuberculosis pulmonar infantil en el Instituto Especializado de Salud del Niño 1990-2000. Rev. peru. Pediatr. 2004; 57(2): 26-34.
3. Sant `Anna C. El diagnóstico de tuberculosis en la infancia: actualización. Rev. peru. pediatr. 2007; 60(2): 105-110.
4. Azzopardi P, Graham S. What are the most useful clinical indicators of tuberculosis in childhood? Internacional ChildHealthReviewColaboration.
5. Couto C. El diagnóstico de tuberculosis en la infancia: Actualización. Rev. peru. pediatr. 60 (2) 2007
6. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. WHO/HTM/TB.2006;371:41
7. Datta M, Swamiinathan S. Global aspects of tuberculosis in children. Pediatr Respir Rev. 2001;2: 91-96.
8. Toledo A, Katz F, Montiel J, et-al. Criterios de diagnóstico en tuberculosis infantil. Rev. Mex. Pediatr 1979; 46: 236-239.
9. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Aprobada Por R.M. N° 383-2006/MINSA
10. Pedrozo Cb et all. Efficacy of the scoring system, recommended by the Brazilian National Ministry of Health, for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in children and adolescents. J Bras Pneumol. 2010; 36(1):92-98.
11. Consensus Statement of IAP Working Group: Status Report on Diagnosis of Childhood Tuberculosis. Indian Pediatr 2004; 41: 146-155.
12. Meléndez CM, Weil LL, Meléndez Núñez ME. Formas clínicas y manifestaciones radiológicas de tuberculosis en el niño. Experiencia hospital de niños "j.m ríos". 2004-2009
13. Sequeira MD, Imaz MS, Barrera L, Poggio GH, Latini OA. Diagnóstico de la tuberculosis infantil en provincias de la argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2000; 60: 170-178
14. Miceli I, Sequeira M, Kantor I. La Tuberculosis Infantil y su Diagnóstico en la Argentina. MEDICINA (Buenos Aires) 2002; 62: 585-592
15. Ruben Dario Pimentel et al. Problemas actuales en el diagnostico de la tuberculosis (TB) en niños Dominicanos. Rev. Costarric.cienc.med; 8 (4): 285-93,1987.
16. Milkovié. D. Chest Radiography Findings in Primary Pulmonary Tuberculosis in Children. Coll. Antropol. 29 (2005)1: 271-276.
17. A. Khatami MD, S. Sabouri MD, J. Ghoroubi MD, N. Rassouli MD, F. Abdollah Gorji Ms. Radiological Findings of Pulmonary Tuberculosis in Children. Iran J Radiol 2008, 5(4) 233
18. Sánchez M Gloria, Mamani J Rossana, Retamal M Javiera, Rojo L Angélica, Cesar C Carlos. Formas clínicas de la tuberculosis Infantil: Hospital Roberto Ríos. 1989- 2005. Rev Chil Enf Respir 2008; 24 101-105.
19. Valverde Muñoz K, Soto Quirós M, Umaña Sauma, Castro Armas O. Tuberculosis: revisión de los últimos 10 años en el Hospital Nacional de Niños. Acta pediátr. costarric v.13 n.1 San José ene. 1999.
20. León M. Epidemiología de la Tuberculosis pulmonar infantil en el Instituto Especializado de Salud del Niño. Rev Per Ped. 2004; 57: 26-34.

Recibido: 18 marzo 2012 | **Aceptado:** 25 junio 2012

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

“Las Guías de Práctica Clínica, como su nombre lo indica, guían y orientan al profesional de la salud en la realización de la atención, sin que se constituyan en una relación de actividades consecutivas de imperioso cumplimiento”

1. OBJETIVO

Identificar, clasificar y establecer el tratamiento adecuado de los pacientes pediátricos con apendicitis aguda acude al servicio de Urgencias.

2. PALABRAS CLAVES

Appendicitis, acute, children

3. BASE DE DATOS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS CONSULTADAS

Pubmed, Medline, Google.

4. RECOMENDACIONES CON BASE EN LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA

GRADO A: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para favorecer el uso de una intervención.

GRADO B: Condiciones para las cuales hay evidencia a favor que sugiere el uso de una intervención.

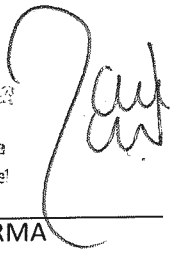
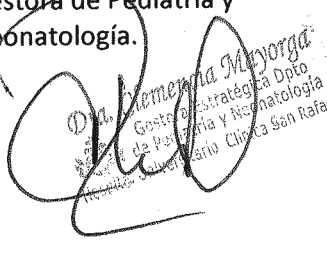
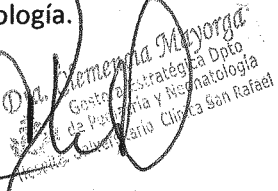
GRADO C: Condiciones para las cuales no hay evidencia clínica suficiente para favorecer o evitar el uso de una intervención.

GRADO D: Condiciones para las cuales hay evidencia que sugiere evitar el uso de una intervención.

GRADO E: Condiciones para las cuales hay evidencia contundente y definitiva para evitar el uso de una intervención.

5. CALIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA ENCONTRADA

Nivel I: Experimento clínico aleatorizado con adecuado control de errores, con intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis de calidad, con estudios homogéneos.

Elaborado por: Dr. José Ramón Garrido R. Cirujano pediatra. Urólogo pediatra.   Dr. José Ramón Garrido R. C.E. 397254 Cirujano Pediatra Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha:	Revisado por: Dra. Clemencia Mayorga. Gestora de Pediatría y Neonatología.   Dra. Clemencia Mayorga Gestora de Pediatría y Neonatología Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha: 28-05-15	Aprobado por: Dr. Miguel Angel Murcia. Director científico.   Dr. Miguel Angel Murcia Director Científico Hospital Universitario Clínica San Rafael FIRMA Fecha: Junio 2/15
--	---	---

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ - COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

- Nivel II:** Experimento clínico aleatorizado sin adecuado control de errores, o sin intervalos de confianza aceptables y/o un meta análisis con estudios heterogéneos o que no sean de alta calidad
- Nivel III:**
1. Experimento clínico controlado no aleatorizado
 2. Estudios de casos y controles o cohortes
 3. Cohortes con controles históricos o series de tiempo (antes y después)
- Nivel IV:** Opiniones de autoridades con experiencia clínica no cuantificada, informes de comités de expertos y series de casos.

6. CONTENIDO

6.1. Definiciones

La apendicitis aguda es la urgencia abdominal no traumática más frecuente en los niños. Se calcula que 60.000 niños son sometidos a apendicectomía en EEUU anualmente.

El apéndice se origina en la cara posterointerna del ciego, en la convergencia de las tres tenías. Su longitud varía entre 1 y 25 centímetros con un promedio entre 5 y 10 cm. Y puede tomar diferentes posiciones: paracólica, retrocecal, preileal, retroileal, promontórica, pélvica y mesoinguinal.

La irrigación –que es de tipo terminal- la aporta la arteria apendicular rama a su vez del tronco ileobicecoapendicocólico; las venas drenan en la vena ileocólica y ésta en la mesentérica superior. Cuenta con varios vasos linfáticos delgados que drenan en los ganglios ileocecales.

Se ha calculado una incidencia anual de 1.33 y 0.99 casos por mil en la población masculina y femenina respectivamente.

Debido a que la luz apendicular en los lactantes es relativamente amplia la apendicitis es rara antes de los 2 años de edad a partir de los que su incidencia aumenta con un pico hacia los 11 años que luego declina hasta los 15 años.

La etiología de la apendicitis está dada por la obstrucción de su luz la cual a su vez es ocasionada por la hipertrofia de la mucosa, fecalitos, cuerpos extraños y parásitos entre otros.

La evolución progresiva de la apendicitis aguda ha permitido clasificarla en cuatro fases:

1. Edematosa, o incipiente, mediada por la obstrucción de la circulación linfática.
2. Supurativa, o fibrinopurulenta en la que se evidencia oclusión del sistema venoso.
3. Gangrenosa, con área necrótica por compromiso del riego arterial.
 - a. No perforada macroscópicamente.
 - b. Perforada macroscópicamente.
4. Perforada en la cual se vence la resistencia de la pared apendicular, incluyendo la serosa.

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ - COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

No se asocia a ningún agente invasor específico pero las bacterias que se encuentran en el órgano inflamado son las mismas que se encuentran en la flora intestinal lo cual sugiere una invasión secundaria del tejido lesionado.

Las bacterias más comúnmente aisladas son la E. Coli y Bacteroides fragilis seguidas por Klebsiella, Proteus, Pseudomona y Enterococcus sp.

6.2. Criterios y diagnósticos

El diagnóstico de la apendicitis aguda se basa en el interrogatorio y el examen físico más que en los hallazgos radiológicos o de laboratorio.

La historia clásica de una apendicitis aguda es en un comienzo con dolor difuso en el abdomen central, seguido de náuseas y vómito, con posterior localización del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. El dolor se hace continuo y aumenta de intensidad de modo que al paciente le resulta molesto moverse y prefiere el reposo a menudo con las piernas flexionadas.

En general hay aumento de la frecuencia cardíaca y fiebre.

Al examen físico se evidencia lengua saburral, taquicardia, dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha con defensa muscular involuntaria, sensibilidad al rebote (signo de Blumberg), dolor en la fosa ilíaca derecha a la palpación de la izquierda (signo de Rovsing), dolor a la percusión del punto de Mc Burney (Signo de Baldwin), entre otros. En niños no se recomienda buscar de rutina el signo de San Marino, es decir la palpación de la fosa ilíaca derecha por tacto rectal.

Dependiendo del tiempo de evolución el epiplón migra con el fin de confinar el proceso inflamatorio a la fosa ilíaca derecha y se evidenciará la presencia de masa en dicha área, sin embargo en aquellos con epiplón corto (lactantes mayores o preescolares) no ocurre esto con frecuencia por lo que es más frecuente encontrar peritonitis y no plastrón.

Se debe recalcar que no existe un estudio radiológico o de laboratorio que confirme el diagnóstico de apendicitis aguda y éste debe basarse en la clínica. El cuadro hemático y el parcial de orina son de utilidad en la evaluación general del paciente pero no confirman o descartan la entidad. La combinación de leucocitos normales, neutrófilos normales y proteína C reactiva normal, pueden descartar una apendicitis con alta certeza.

Cuadro hemático: El recuento de blancos se encuentra elevado por encima de 12.000 en las tres cuartas partes de los pacientes asociado a neutrofilia, sin embargo en el resto se encuentra normal lo cual no descarta su diagnóstico.

Parcial de orina: Sus hallazgos inespecíficos comprenden hematuria, piuria, presencia de bacterias y cuerpos cetónicos. Más frecuentemente se encuentra la densidad elevada debido a deshidratación.

Rx de abdomen: tienen poca utilidad y no están indicadas de rutina. Pueden encontrarse signos radiológicos tales como niveles líquidos en fosa ilíaca derecha, íleo localizado, aumento de densidad de tejidos blandos, borramiento de la línea del flanco derecho, fecalito en la fosa iliaca derecha,

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015

borramiento de la sombra del psoas, un apéndice cecal lleno de gas, gas intraperitoneal libre y deformación de la sombra gaseosa del ciego.

Ecografía abdominal: Es de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda. El aspecto ecográfico de ésta es el de un asa aperistáltica, dilatada, con luz central y una pared externa que muestra pocos ecos.

Tomografía abdominal: La tomografía abdominal, si bien tiene una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda (cerca al 95% cada uno) deberá considerarse una opción solo en aquellos pacientes de difícil diagnóstico debido a la alta irradiación que conlleva para el paciente.

6.3. Intervenciones terapéuticas

A. MANEJO PREOPERATORIO:

1. Todo paciente que presente cuadro sugestivo de apendicitis aguda deberá permanecer en observación en el servicio de urgencias.
2. El paciente tendrá una vena canalizada con Lactato Ringer a volumen adecuado para su peso y edad asegurándose así una buena hidratación. No requiere administrarse dextrosa con electrolitos en menores de 3 años en el preoperatorio.
3. Después de la correcta hidratación se realizará hemograma con recuento leucocitario diferencial y uroanálisis, si se requiere. La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) también son de ayuda diagnóstica. No es recomendable realizar los exámenes previamente a la hidratación ya que la leucometría saldrá falsa por la hemoconcentración ocasionada por la deshidratación.
4. Se avisará al cirujano en el momento que se reciba el paciente y se estén realizando los análisis para determinar si se realizan otros exámenes paraclínicos como es la radiografía simple de abdomen y/o la ultrasonografía abdominopélvica. En las niñas adolescentes o con vida sexual activa se requiere la prueba de embarazo en suero (Gravindex).
5. Cuando el paciente tenga cuadro sugestivo de apendicitis sin peritonitis, es decir no perforada, edematosa o fibrinopurulenta, debe iniciarse antibiótico profiláctico con ampicilina-sulbactam a 50 mg/kg/dosis para aplicarse por lo menos media hora antes de la cirugía.
6. Cuando por el tiempo de evolución y hallazgos al examen físico, el paciente tenga cuadro sugestivo de apendicitis perforada o gangrenosa, con plastrón apendicular, absceso periapendicular o con peritonitis localizada se iniciará antibioticoterapia con: Clindamicina a 10 mg/kg/dosis cada seis horas o Metronidazol 7.5 mg/kg/dosis cada 8 horas y Amikacina a 15 mg/kg/dosis en una dosis diaria.
7. En los casos de peritonitis generalizada se adicionará al tratamiento Ampicilina a 50 mg/kg/dosis cada 6 horas. Con este esquema se tendrá cobertura para gérmenes gram negativos, anaerobios y para el *Enterococcus faecalis*.
8. Los pacientes que presenten deshidratación intensa o tengan lesión renal recibirán Cefotaxime a 100 mg/kg/día dividida en 4 dosis para evitar así la nefrotoxicidad de los antibióticos.
9. Paciente en estado séptico debe tener sonda vesical a cystofló para monitorizar la diuresis pre y postoperatoria.

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

10. Todo paciente deberá tener el consentimiento informado firmado por los padres antes de ser llevado al quirófano previas explicaciones del diagnóstico del tratamiento y los riesgos inherentes al procedimiento quirúrgico, incluida la posibilidad de no encontrar apendicitis aguda y requerir su extracción.
11. En el quirófano se determinará la necesidad de sonda nasogástrica. La sonda nasogástrica solo se pasará en la sala de urgencias en los casos en que exista vómito intenso o gran distensión abdominal.
12. Hecho el diagnóstico se puede colocar analgésico tipo Dipirona a 30-50 mg/kg/dosis para calmar el dolor y tener el paciente más tranquilo.
13. Todos los pacientes con cuadro abdominal inflamatorio son considerados como “estómago lleno” por el íleo intestinal que acompaña la apendicitis de tal manera que no se requiere de ayuno.

B. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

El paciente con diagnóstico de apendicitis aguda debe ser sometido a tratamiento quirúrgico después de haber asegurado la hidratación adecuada del paciente.

Según el tiempo de evolución, en los casos en que no se sospecha peritonitis generalizada, se realizará incisión de Rockey-Davis. La incisión umbilical también es una alternativa a considerar según la destreza del cirujano.

La apendicectomía por laparoscopia se encuentra dentro del armamentario quirúrgico y es una verdadera opción incluso en casos de apendicitis perforada sin obstrucción o distensión abdominal severa. Facilita el abordaje para aquellos pacientes con obesidad, mujeres adolescentes con sospecha de patología ginecológica asociada o en cualquier paciente que así lo amerite. Se ha demostrado menor riesgo de infección de sitio operatorio asociado, menores bridas posoperatorias, mejor y más rápida recuperación clínica. Aún se encuentra en discusión sobre la necesidad de practicar lavado intraabdominal en apendicitis perforadas o limitarse a la succión y secado de la cavidad.

La ligadura del meso apendicular y del apéndice se realizará con poliglactina. Se realiza invaginación del muñón apendicular en el ciego con excepción de aquel en el cual el ciego se encuentre comprometido por proceso infeccioso, o isquémico. El cierre de la aponeurosis se realiza con poliglactina y la piel con monofilamento intradérmica.

En los pacientes con signos de peritonitis generalizada se realizará laparotomía mediana supra e infraumbilical para el drenaje y lavado de la cavidad abdominal. La ligadura del apéndice y del meso será con poliglactina. La aponeurosis será cerrada con poliglactina sutura continua y la piel con monofilamento intradérmica.

No se utilizan drenes de rutina. Cuando el apéndice se encuentra perforado y hay peritonitis localizada o generalizada no es necesario tomar cultivos del líquido peritoneal por que no van a alterar el tratamiento.

C. TRATAMIENTO NO QUIRURGICO:

El manejo no quirúrgico de la apendicitis aguda se encuentra plenamente demostrado por las diferentes publicaciones internacionales donde se realiza la apendicetomía de intervalo: se trata de pacientes con

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
--	--	--

diagnóstico tardío de apendicitis que generalmente cursan con plastrón apendicular sin obstrucción intestinal y sin sepsis asociada. Para estos pacientes existe la opción de tratar con antibióticos el proceso infeccioso y posteriormente realizar cirugía programada. El plan de manejo es de unos 7 a 10 días de antibiótico endovenoso para luego completar las 4 semanas de antibiótico oral ambulatorio. Luego de tratar el proceso infeccioso se practicará apendicetomía programada, generalmente laparoscópica.

D. MANEJO POSTOPERATORIO:

1. Los líquidos endovenosos se retirarán en el momento que se tolere la vía oral. De prolongarse el ayuno o la aceptación a la vía oral, debe iniciarse dextrosa con reposición de electrolitos.
2. La alimentación se iniciará cuando exista evidencia de movimientos intestinales como ruidos intestinales a la auscultación o presencia de flatos y será con dieta líquida clara.
3. El paciente recibirá Dipirona de 30-50 mg/kg/dosis cada 6 horas, con la recomendación de aplicarla lenta y diluida.
4. Se suspenderá la profilaxis antibiótica de Ampicilina-sulbactam en el posoperatorio de apendicetomías no perforadas como incipiente, edematosa o fibrinopurulenta.
5. Se cambiará de manejo profiláctico a tratamiento antibiótico en los casos en los que se sospechó inicialmente en una apendicitis no perforada y que durante la cirugía se confirma la perforación apendicular (apendicitis gangrenosa con o sin peritonitis localizada). Se iniciará Clindamicina (o Metronidazol) más Amikacina en las dosis establecidas previamente por 48 a 72 horas y si se tratase de una peritonitis generalizada se adicionará ampicilina y la duración del antibiótico será de 5 días, por lo menos.
6. En las primeras 12 horas es importante incentivar la deambulación del paciente.
7. Cuando se haya tolerado la dieta, recuperado clínicamente y completado el esquema antibiótico, se dará salida con orden de control en la consulta externa en Cirugía Pediátrica con el resultado de la patología, con fórmula de analgésico oral y con incapacidad médica por 10 días y para realizar ejercicio físico por un mes.
8. La herida quirúrgica se mantendrá cubierta por 48 horas y la limpieza domiciliar se realizará con agua y jabón sin utilizar soluciones antisépticas.

No se recomienda alimentación o dieta específica para ser seguida en la casa.

6.4. Consideraciones especiales

En los pacientes con *apendicitis no complicada* (no perforada: edematosa o incipiente, fibrinopurulenta o gangrenosa no perforada macroscópicamente) el manejo posoperatorio se realizará en forma ambulatoria.

1. Debe haberse realizado la apendicetomía antes de las 2:00 de la tarde, de tal forma que el egreso del paciente en el posoperatorio no ocurra de noche.
2. La manipulación intestinal durante la intervención quirúrgica haya sido escasa de tal forma que el riesgo de íleo posoperatorio se reduzca.
3. La profilaxis antibiótica con Ampicilina sulbactam haya sido administrada adecuadamente.
4. Se encuentre bien hidratado por vía endovenosa y con estabilidad hemodinámica (afebril, sin taquicardia o hipotensión)

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

6. Se da salida, con adecuada explicación a la familia sobre el manejo en casa de la analgesia, los cuidados de la herida, la alimentación y la actividad física a realizar. Además la recomendación de asistir al servicio de urgencias de la Clínica en caso de cualquier anormalidad.

En los pacientes con *peritonitis generalizada con obstrucción intestinal asociada* se seguirá la siguiente orientación:

1. Debido a la importante manipulación de las asas intestinales durante la cirugía y previendo un íleo intestinal prolongado, se deja sonda nasogástrica la cual será retirada cuando el drenaje por la misma disminuya o exista evidencia de activación del peristaltismo intestinal.
2. Nada vía oral hasta que se tenga seguridad de que existe buena motilidad del intestino, en los pacientes que están sin sonda cuando se presente flatos o tenga ruidos intestinales propulsivos, se iniciará la dieta con líquida clara.
3. Cuando se tenga sonda nasogástrica se observará que el drenaje de esta sea claro en ese momento se retirará la sonda nasogástrica.
4. Los líquidos endovenosos se mantendrán hasta que se haya tolerado la dieta.
5. Los pacientes que presentan peritonitis generalizada o se encuentren en estado séptico y que se considere que demoraran en salir del íleo postoperatorio requerirán el inicio de apoyo nutricional periférico y si es necesario se colocará un catéter central para nutrición parenteral total según el servicio de nutrición.
6. Los antibióticos que recibe el paciente se completarán por 5 días, por lo menos.
7. La analgesia se efectuará con Dipirone de 30-50 mg/kg cada 6 horas lento y diluido.
8. La sonda vesical se retirará en el momento que el paciente mantenga un gasto urinario de 1 ml/kg/hora y se tenga seguridad de que ya se realizó la redistribución de líquidos.
9. Las pérdidas de sonda nasogástrica se repondrán con suero fisiológico al 0.9% o en caso de prolongarse y aumentar el drenaje, con Lactato de Ringer 500cc con Cloruro de Potasio 5cc, para reponer las pérdidas de potasio del drenaje.
10. La herida quirúrgica se mantendrá cubierta por 48 horas y se realizará limpieza con solución salina.
11. La deambulación y el incentivo respiratorio son de suprema importancia en estos pacientes.
12. Los paciente que presenten fiebre en el postoperatorio se estudiarán manteniendo la secuencia de investigación de la fiebre postoperatoria. Se revisará la venopunción para descartar flebitis, se realizará buena auscultación pulmonar, si es necesario se solicitará radiografía de tórax, se efectuará parcial de orina, la fiebre después del 5 día es posible que sea producida por absceso de pared o intraabdominal. También se efectuará ecografía abdominal para descartar la presencia de colecciones intraabdominales.
13. Los exámenes de sangre se solicitarán en los casos en que persista el estado séptico del paciente previa discusión con el Cirujano Pediatra.

En los pacientes que presentan absceso de pared se abrirá por completa la herida quirúrgica y se realizarán curaciones con solución yodada y solución salina.

6.5 Pronóstico

El pronóstico es bueno para los casos que se diagnostiquen tempranamente, pero para los avanzados, son frecuentes las complicaciones como abscesos y sepsis e incluso la muerte. Es sabido en la literatura

 ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Hospital Universitario Clínica San Rafael BOGOTÁ COLOMBIA	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA APENDICITIS AGUDA	GT-IT-PC-30 VERSIÓN: 5.0 – 2015
	PEDIATRIA – CIRUGÍA PEDIATRICA	

El pronóstico es bueno para los casos que se diagnostiquen tempranamente, pero para los avanzados, son frecuentes las complicaciones como abscesos y sepsis e incluso la muerte. Es sabido en la literatura mundial que existe alta posibilidad de encontrar apendicitis perforada en pacientes menores de 5 años al momento de llevar a cirugía, incluso superior al 85%.

Se ha reportado infertilidad en mujeres que siendo niñas presentaron apendicitis perforadas y peritonitis.

Dentro de las complicaciones se encuentran los abscesos de la herida quirúrgica, en promedio en el 50% de los pacientes con apendicitis perforadas y abscesos intraabdominales en el 30%. Este porcentaje disminuye en los casos de apendicitis no perforadas.

A largo plazo existe el riesgo de obstrucción intestinal por adherencias interasas o bridas en menos del 5% siendo más frecuentes si el apéndice se encontraba perforado.

7. REFERENCIAS

1. WarnerBW, Kulick ML, Stoops MM, et al: An evidenced based clinical pathway for acute recreases hospital duration and cost, J Pediatr Surg: 33, 1371. 1998
2. Dueholm S, Bagi P, Bud M: Laboratory aid in the diagnosis of acute appendicitis: a blinde, prospective trial concerning diagnostic value of leukocyte count, neutrophil differential count and C-reactive protein, Dis Colon Rectum 32:855, 1989.
3. Rao P, Rhea J, et al. Plain abdominal Radiography in clinically suspected appendicitis : diagnostic yield, resource use, and comparison to CT. Am J Em Med 17:325.328.1999
4. Mosdell DM, Morris DM, Fry DE. Peritoneal cultures and antibiotic therapy in pediatric perforated appendicitis. Am J Surg. 167:313.1994
5. Neilson IT, et al: Appendicitis in children: current therapeutic recommendations. J peldiatr Surg 25:1113, 1990.
6. Schein M. Surgical management of intra-abdominal infection: is there any evidence? Langenbeck"s Arch Surg 387:1-7.2002
7. Rotnrock SG, Pagane J. Acute appendicitis in children: Emergency department diagnosis and management. Ann Emerg Med. 36(1). 2000.
8. Coran, AG. Pediatric Surgery, Seventh edition 2012. Elsevier Saunders

8. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	MODIFICACIONES REALIZADAS
4.0	25-05-2015	Ser revisa todo el documento, se actualiza de acuerdo a la nueva Política de Documentación de Procesos

JUZGADO SÉPTIMO (7º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

Carrera 9 No. 11-45

ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Ciudad

E.

S.

D.

REFERENCIA:

Proceso Verbal

EXPEDIENTE:

110013103007-2020-00215-00

DEMANDANTES:

JOSÉ ALEJANDRO CARABALÍ CARABALÍ

SANDRA PATRICIA LASSO DÍAZ

DEMANDADOS:

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

NUEVA EPS S.A.

Asunto: Contestación al llamamiento en garantía

Respetado señor Juez,

JUAN ESTEBAN BERMÚDEZ ARCHILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 1.018.410.328 expedida en Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 294.929 del Consejo Superior de la Judicatura y actuando en calidad de apoderado de **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, identificado con NIT No. 860.015.888-9, conforme al poder que reposa en el expediente, encontrándome dentro del término, me permito contestar el llamamiento en garantía realizado por la NUEVA E.P.S. S.A., en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO

De acuerdo con lo manifestado por mi representada, se manifiesta lo siguiente frente a cada uno de los hechos del llamamiento así:

Al hecho No. 1º: Es cierto.

Al hecho No. 2º: Es parcialmente cierto, y se deben precisar dos circunstancias:

2.1. Debido a que además de que los servicios requeridos y pactados dentro de los diferentes niveles de atención del **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** se prestan de acuerdo con el nivel de complejidad, con plena autonomía científica, técnica, administrativa y financiera de la IPS, pero lo es también que frente a esa prestación media la respectiva autorización de servicios de NUEVA E.P.S. S.A. como administradora del recurso público asignado al SGSSS Unidad de Pago por Capitación (UPC) y como **responsable**¹ de la **garantía dentro del aseguramiento de cada uno de sus afiliados** conforme al artículo 177 de la Ley 100 de 1993, Resolución 5926 de 2014 (Plan obligatorio de salud que regía para la época de los hechos) hoy Resolución 2292 de 2021.

La EPS **NUEVA E.P.S. S.A.** incurre en varios errores de interpretación y omite comentar apartes del contrato, puesto que solo extrajo la cláusula décima sexta como sustento de su llamamiento y no exhibió al Despacho su responsabilidad como Entidad Promotora de Salud ante la Ley, la Constitución y lo contenido en la cláusula Décima Cuarta del contrato en mención que también

1 L. 100/1993, art. 177. “(...) Las **entidades promotoras de salud** son las entidades **responsables** de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar (...)**”

contempla; “(...) **NATURALEZA DEL CONTRATO.-** El presente contrato es de naturaleza civil y comercial y se regirá en especial por las normas contenidas en las leyes 100 de 1993 y ley 1122 de 2007, en los decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en las Resoluciones 1043 de 2006 y 2680 de 2007. y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan (...)”, es decir que, es un contrato que se rige por el ordenamiento jurídico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, también asume la responsabilidad legal inherente en su objeto social como EPS y además; no es posible desconocer el objeto del contrato de servicios que consiste en prestar servicios de salud a los pacientes afiliados a **NUEVA E.P.S. S.A.** y mucho menos cambiar su objeto, naturaleza contractual y contenido con base en una sola de sus cláusulas como la aquí citada; es un contrato de garantía de seguro para que indebidamente el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** como Institución Prestadora de Servicios de Salud asuma las consecuencias de una eventual condena por la directa o indirecta responsabilidad inherente de **NUEVA E.P.S. S.A.** como Entidad Promotora de Salud y se desconozca con ello su obligación Legal y Constitucional de aseguramiento y responsabilidad frente a su población afiliada como se estableció en su objeto social.

II. A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO

La Institución Prestadora de Servicios de Salud **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** se opone a todas y cada una de las pretensiones de **NUEVA E.P.S. S.A.** como Entidad Promotora de Salud responsable del aseguramiento al SGSSS de **SALOMÉ CARABALI LASSO** presentadas en su escrito de llamamiento en garantía, debido a que carecen de fundamento fáctico y jurídico por las siguientes razones:

1. El Despacho admitió la vinculación de **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** como llamada en garantía por parte de **NUEVA E.P.S. S.A.**, no obstante, ha de advertirse al Despacho:

1.1. La **NUEVA E.P.S. S.A.** por su objeto social asume unas responsabilidades inherentes dentro del SGSSS, al respecto y para fundar mi inconformidad frente al llamamiento realizado y admitido por el Despacho podemos citar la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia dentro de la Sentencia SC 13925-2016², la cual estableció lo siguiente:

“[...] 6.2. **La imputación del daño a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio y a sus agentes.**

Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177)

Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.(...)” (Énfasis añadido al texto original)

² Sentencia SC 13925-2016, M.P. Ariel Salazar Ramírez, radicación No. 05001-31-03-003-2005-00174-01

Conforme a lo establecido por la Corte podemos colegir que efectivamente la **NUEVA E.P.S. S.A.** es sujeto de responsabilidad directa dentro del presente asunto y como administradora del recurso público asignado al SGSSS Unidad de Pago por Capitación (UPC), como **responsable**³ de la **garantía dentro del aseguramiento** de su afiliada para la fecha de los hechos y conforme al artículo 177 de la Ley 100 de 1993, Resolución 5926 de 2014 (Plan Obligatorio de Salud que regía para la época de los hechos) y actualmente rigiendo la Resolución 2292 de 2021.

El sistema de Seguridad Social en Salud está compuesto por varios actores que confluyen de manera directa hacia un mismo fin, garantizar servicios de salud a la población desde cada una de sus obligaciones legales y constitucionales, aclarando que no se pretende de ninguna manera reconocer algún tipo de responsabilidad, sino evidenciar que la EPS es llamada a responder dentro de la acción civil de responsabilidad médica inherente a las obligaciones legales y constitucionales asignadas a las Entidades Promotoras de Salud dentro de todo un sistema que responde de manera directa.

1.2. El HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL en el proceso de la referencia ya ha conformado el litisconsorcio necesario como demandado directo.

1.3. Se aclara al señor Juez que no se incurre en responsabilidad alguna en la atención médica brindada a la niña **SALOMÉ CARABALI LASSO** en la IPS **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**, así como tampoco se puede afirmar una omisión, pues se evidencia el actuar proactivo de los profesionales de la salud en el momento de la prestación del servicio de salud, de la emisión de órdenes para el diagnóstico de la paciente y la activación de protocolos según la *lex artis* para el tratamiento.

En ningún momento de todo el acervo probatorio existe particular alguno que indique proceder incorrectos o que no se haya respetado los parámetros de la *lex artis*. Es así, que el demandante no asume su carga probatoria y no desarrolla el efecto causal entre hecho y daño. Al romperse con ese nexo causal y no lograr probarse que las acciones del demandado son las generadoras del daño, se quiebra la responsabilidad y, por tanto, no existe mérito para reclamar la indemnización que se pretende y lo que sí está correctamente documentado en la historia clínica de la paciente, es que presentó una desaturación súbita con asistolia con persistencia de pésimo estado general, gases con acidemia mixta de predominio respiratorio, con trastorno severo de oxigenación, hipertensión pulmonar severa con dilatación de cavidades derechas y colapso de ventrículo izquierdo, con arresto cardiaco, es decir, es la consecuencia en su estado de salud y no a las intervenciones y acciones desplegadas por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**.

Adicionalmente la autopsia clínica que allega la parte demandante, de ella extrajo y dispuso citar el acápite de sospecha del inicio del documento, pero omitió relatar al Despacho en los hechos de su demanda **la parte concluyente** de dicho documento, en el cual no se confirma en ninguna medida TBC Pulmonar y por ende descarta el TBC Pulmonar que pretende equívocamente la parte demandante hacer ver al Despacho. Así las cosas, la conclusión de la autopsia clínica aportada por la parte demandante se adhiere a los diagnósticos y motivo de muerte de la paciente determinados por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**.

2. Por lo anterior y debido a que la IPS **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** no incurre en responsabilidad alguna en la atención médica brindada, no hay lugar a las condenas solicitadas por la parte demandante y mucho menos a lo pretendido por la **NUEVA**

³ L. 100/1993, art. 177. “(...) Las **entidades promotoras de salud** son las entidades **responsables** de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y **garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar** (...)”

E.P.S. S.A.

3. Contrario a lo anterior solicito respetuosamente que se condene en costas a la **NUEVA E.P.S. S.A.** por cuanto la vinculación solicitada carece de fundamento fáctico y/o jurídico, tal como se probará en el trámite del proceso.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Su señoría, me permito objetar el juramento estimatorio efectuado por el demandante conforme el artículo 206 del Código General del Proceso, toda vez que los perjuicios materiales sobre los que se soporta el juramento carecen de prueba.

Evidentemente, no existe en todo el plenario prueba del daño emergente, carga probatoria que se encuentra en cabeza de la parte actora conforme lo descrito en el artículo 167 del Código General del Proceso. Tal y como se expone en líneas siguientes con las excepciones de mérito, el daño emergente no se configuró pues el tratamiento clínico adelantado en el Hospital Universitario Clínica San Rafael fue cubierto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, específicamente por su EPS. Por ello, no existe una pérdida efectiva del patrimonio por parte de la parte demandante, el cual no asumió los costos del procedimiento y tampoco aporta prueba documental de otro gasto ocasionado, base estructural para deprecar el juramento estimatorio y el daño emergente.

Adicionalmente la parte actora integra en su juramento estimatorio incluye su pretensión sobre perjuicios extrapatrimoniales o inmateriales, contrariando lo establecido en el inciso 6° del artículo 206 del CGP, a cuyo tenor reza:

“(…) El juramento estimatorio **no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.** Tampoco procederá cuando quien reclame la indemnización, compensación los frutos o mejoras, sea un incapaz (...)”

Por lo anterior, me opongo su Señoría al juramento estimatorio efectuado por el demandante.

IV. EXCEPCIONES QUE SE PROPONEN A LA DEMANDA

Teniendo en cuenta los hechos presentados y su correspondiente contestación, me permito plantear las siguientes excepciones, con el fin que su Despacho tenga en cuenta al momento de resolver lo que en Derecho corresponda:

1. EXCEPCIONES DE MÉRITO

Con fundamento en los anteriores argumentos de hecho y de derecho, me permito presentar, además de las oposiciones propuestas, las siguientes excepciones de mérito:

1.1. EL TRATAMIENTO BRINDADO POR EL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL FUE DILIGENTE, OPORTUNO Y CORRECTO EN LA ATENCION DE LA MENOR SALOME CARABALI.

Al revisar el libelo de la demanda, se verifica que los servicios a los que se comprometieron los galenos fueron ejecutados de acuerdo con el estado de la ciencia médica. Las obligaciones fueron cumplidas satisfactoriamente, por parte de mi procurado, tal como se puede determinar de la simple lectura de la historia clínica que allego con el presente escrito, a fin de que el Despacho la tenga como medio de prueba dentro del trámite procesal, se corrobora con las pruebas y la historia clínica del paciente lo siguiente:

- 1.1.1.** La menor SALOME CARABALI, ingresó a nuestra Institución por el servicio de urgencias el 31 de julio de 2015 a las 8:44 am, por presentar cuadro clínico de tres días

de fiebre no cuantificada controlada con acetaminofén, presenta signos vitales dentro de rangos normales para la edad y se clasifica Triage III. Al examen físico no se reportaron anormalidades, se determinó la toma de paraclínicos y revaloración. A las 13:46 se revaloró reportando que la fiebre cedió transitoriamente con acetaminofén, sin otros síntomas asociados. En ese momento presentó temperatura de 39.2 grados, saturación sin oxígeno del 92%, reportó hemograma con leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva de 14.6, uroanálisis no sugestivo de infección. Se ordenó dosis de dipirone y se solicitó Rx de tórax para revalorar con resultados. A las 17:27 se reportó que la paciente lucía en buen estado general, sin cambios en constantes vitales, ni en el examen físico, se revisó radiografía de tórax la cual evidenció infiltrados parahiliares intersticiales derechos, no consolidaciones, situación que se comentó con pediatra de turno y se determinó inicio de manejo antibiótico con amoxicilina, se citó a control a las 12 horas.

- 1.1.2.** Para el primero 1° de agosto de 2015 a las 12:56, se consignó en esta valoración que la madre de la menor la veía en mejor condición general con respecto a los días anteriores, ultimo pico febril 6 horas antes, toleró bien la vía oral, signos vitales: FC: 124xmin, FR: 29xmin, Temperatura de 37.0 grados, saturación 95% sin oxígeno. El examen sin anormalidades referidas, hemograma con leucocitos dentro de normalidad, plaquetas dentro de normalidad. Proteína C reactiva positiva. Se analizó a la paciente con último pico febril hace 6 horas, no lucía séptica, no presentaba dificultad respiratoria, se continuó igual manejo y se citó a control en 12 horas para nueva valoración.
- 1.1.3.** Para el 2 de agosto de 2015 a las 4:26 am, la paciente consultó por urgencias, refirió fiebre de 3 días y se quejaba mucho, se clasificó con triage III, se atendió en consulta a las 4:42 am, se registró motivo de consulta “fiebre”, se relató 3 días de fiebre de 38 grados asociado a irritabilidad, hiporexia y nauseas; en manejo con amoxicilina, loratadina y acetaminofén sin mejoría de síntomas, por lo cual reingresa. Signos vitales con FC: 120xmin, FR: 23xmin, TA 90/60 Temperatura 36 grados, saturación 92% sin oxígeno, peso 9.1 Kgs. Al examen solo se reportó orofaringe congestiva, se ordenaron nuevos paraclínicos y se revaloró ese mismo día a las 7:48 am, se reportó decaimiento general, FC: 145xmin, FR: 36xmin, temperatura 37 grados; examen físico reportado sin anormalidades; hemograma dentro de normalidad con leve anemia; PCR positiva; uroanálisis no sugestivo de infección; radiografía de tórax infiltrado parahiliar intersticial y basal sin tendencia a consolidar.
- 1.1.4.** En evolución del 02 de agosto de 2015 a las 21:33, se evidenció persistencia de picos febriles, pobre ingesta alimentaria, mejoría de retracciones. Se analizó a la paciente con evolución clínica estacionaria en día con cero de manejo antibiótico.
- 1.1.5.** En evolución del 3 de agosto de 2015 a las 08:08 am, se documentó en esta evolución abdomen con defensa muscular, con dolor en fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal. Se analizó a la paciente con cuadro de 5 días de fiebre que inició con sensibilidad en cuadrante inferior derecho con signos muy dudosos de irritación peritoneal, por lo que solicitan eco abdominal y valoración por cirugía pediátrica.
- 1.1.6.** El 3 de agosto de 2021 a las 16:51 la paciente fue evaluada por cirugía pediátrica, se evidenció irritabilidad a la palpación abdominal media y profunda; se decidió realizar TAC de abdomen.
- 1.1.7.** El 3 de agosto de 2015 a las 16:51, analizaron a la paciente en manejo con penicilina por cuadro neumónico, presentó evolución estacionaria con persistencia de picos febriles; al examen se comporta álgida con dolor a palpación de fosa iliaca derecha sin signos claros de irritación peritoneal, el reporte de ecografía abdominal indicó escaso liquido libre en hemiabdomen inferior sin poder descartar proceso apendicular. Continuó manejo

antibiótico.

- 1.1.8.** El 4 de agosto de 2015 a las 8:22 AM, la especialidad de cirugía pediátrica revaloró a la paciente decaída, pálida, polipneica, abdomen distendido doloroso, resistencia muscular involuntaria; se decidió llevar a cirugía por posible apendicitis modificada Vs otras patologías abdominales. A las 12:08 pediatría rotó antibiótico (clindamicina + amikacina)
- 1.1.9.** El 4 de agosto de 2015 a las 20:31, en nota operatoria se consignó: *“Diagnósticos post operatorios: Adenitis mesentérica, apéndice sano, se realiza apendicetomía incidental y biopsia de ganglio mesentérico”*.
- 1.1.10.** Para el 4 de agosto de 2015 a las 20:31, la paciente pasó a pisos de pediatría, se analizó lactante mayor con neumonía no especificada asociada a dolor abdominal inespecífico y a quien se le realizó laparotomía exploratoria con apendicetomía profiláctica (Apéndice sano) se internó para manejo antibiótico de penicilina, sin deterioro hemodinámico ni ventilatorio. Continuó manejo con ciclo de penicilina y en destete de oxígeno; se encontró sin deterioro hemodinámico ni ventilatorio, continuó manejo hospitalario en conjunto con cirugía y terapia respiratoria.
- 1.1.11.** El 5 de agosto de 2015 a las 10:36 am, la paciente fue evaluada por cirugía pediátrica encontrándola en regulares condiciones generales, presencia de múltiples picos febriles con oxígeno a 0.5 litros. Fc 186x´ Fr 56x´ Ta 100/42 Temp 37.2 grados. Gasto urinario normal, ausencia de deposiciones y de emesis. Al examen físico poco reactiva, polipneica, afebril, deshidratada con mucosa oral semiseca, abdomen: Globoso depresible con leve dolor a la palpación, peristaltismos presente normal en intensidad y frecuencia. Se analizó a la paciente en regular condición general se habló con pediatría se elevó el suministro de oxígeno a 1 litros, se solicitó reactantes de fase aguda y valoración por cuidado intensivo.
- 1.1.12.** El 5 de agosto de 2015 a las 11:48, se evidenció paciente en regular condición general, polipneica, taquicardia, edema leve de extremidades; paciente en manejo por neumonía con deterioro clínico, se comentó con cuidado intensivo; se cambió antibiótico a ampicilina + sulbactam, se tomaron reactantes de fase aguda, score para sepsis con pruebas de coagulación, transaminasas y se ordenó hemocultivar, se recomendó a grupos de turno. Ese mismo día a las 15:20 ingresó la a unidad de cuidado intensivo.
- 1.1.13.** Para el 5 de agosto de 2015, la paciente fue ingresada a la unidad de cuidado intensivo pediátrico por deterioro clínico de taquipnea distensión abdominal y lucir en anasarca con deterioro radiológico. Al examen físico de ingreso a la Unidad en regulares condiciones generales tendencia a la somnolencia, taquicardia polipneica, con disminución del murmullo vesicular en ambas bases pulmonares y distensión abdominal muy edematizada. Se asoció al manejo furosemida y se cambió manejo antibiótico a cefepime, se transfundieron plaquetas y glóbulos rojos. Igualmente, se inició reposición de albúmina por síndrome hipooncótico severo. Se realizó ecografía de abdomen compatible con íleo intestinal.
- 1.1.14.** Para el 6 de agosto presentó dificultad respiratoria con progresión a falla por lo que se realizó intubación orotraqueal y se adaptó a ventilación mecánica dependiendo de altos parámetros ventilatorios con persistencia de hipoxemia. Con datos de choque requirió expansión de volemia y dosis progresivamente ascendentes de noradrenalina. Gases con presencia de acidemia mixta de difícil manejo.
- 1.1.15.** Siendo las 10:15 am, la paciente presentó desaturación súbita con asistolia, por ende, se inició ventilación con presión positiva y compresiones externas, se pasó dosis de

adrenalina y se aumentó infusión de noradrenalina, se verificó ritmo cada 2 minutos con retorno a ritmo sinusal a los 4 minutos de maniobras. Rx de tórax con presencia de signos de sobrecarga y atelectasia apical derecha, restricción significativa por distensión abdominal. Continuó en anasarca anúrica, se solicitaron insumos para inicio de hemodiafiltración por clínica de insuficiencia corticosteroidea de la paciente en estado crítico, se ordenó hidrocortisona. El laboratorio informó crecimiento de bacilos Gram negativos en hemocultivos del 05/08/21, se mantuvo tratamiento con cefepime y por hallazgo de cocos Gram + se adiciona vancomicina. Se consideró progresión a disfunción orgánica múltiple (alteración hemodinámica respiratoria, renal y hematológica).

1.1.16. La Paciente seguía presentando pésimo estado general, muy hipotensa a pesar de alto soporte, se expandió volemia con bolo de albúmina al 5%, se aumentó noradrenalina, adrenalina y se inició vasopresina. Persistió mal estado general, gases con acidemia mixta de predominio respiratorio, con trastorno severo de oxigenación, se reajustaron parámetros ventilatorios, e realizó ecocardiograma que mostraba hipertensión pulmonar severa con dilatación de cavidades derechas y colapso de ventrículo izquierdo, se inició milrinone, presentó arresto cardíaco, se asistió con masaje cardíaco externo y ventilación manual con bolsa, con respuesta a los 3 minutos presentó posteriormente nueva parada cardíaca, continuó dependiendo de alto soporte inotrópico, muy edematizada, pésima perfusión distal, anúrica.

1.1.17. A las 18:40 horas presentó nuevamente paro cardíaco sin respuesta a maniobras y falleció a las 18:50 del 6 de agosto del 2015.

Por lo anterior, a la paciente se le prestaron los servicios de salud de manera oportuna, segura y continúa basados en las necesidades de salud presentadas por la menor, cumpliendo con los protocolos y guías de manejo establecidos por el Hospital, a su vez, es de gran importancia resaltar que de acuerdo a la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, así como tampoco la Autopsia Clínica aportada por la parte demandante, en tanto que, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica la complejidad y limitaciones que existen para diagnosticar tuberculosis infantil.

1.1.17.1. CONCLUSIÓN DE ATENCIÓN:

“(…) se trata paciente lactante mayor de 15 meses sexo femenino, previamente sana, sin antecedentes patológicos ni perinatales de importancia, vacunación completa, sin otros antecedentes epidemiológicos, ambientales ni exposicionales descritos. Inicialmente la paciente presentó cuadro febril y síndrome clínico respiratorio, con marcadores infecciosos elevados y hallazgos radiográficos en tórax, por lo que se indicó manejo antibiótico acorde con impresión diagnóstica de neumonía adquirida en la comunidad (Amoxicilina y Penicilina cristalina). Posterior a esta conducta tuvo seguimiento médico repetido, presentando persistencia de fiebre; las manifestaciones y síntomas respiratorios desaparecieron y tuvo aparición de nuevas manifestaciones clínicas que se focalizaron principalmente y de manera intensa a nivel abdominal, requiriendo reajuste en el esquema antibiótico (Clindamicina y Amikacina) y pasando a salas de cirugía para exploración quirúrgica por sospecha de posible apendicitis aguda, que fue descartada con hallazgo adenitis mesentérica. Posteriormente presentó deterioro grave por lo que se trasladó unidad de cuidado intensivo pediátrico, donde recibió soporte ventilatorio y hemodinámico, además se realizó escalonamiento terapéutico con antibiótico de amplio espectro (Cefepime con adición posterior de Vancomicina) el cual fue guiado según la posible fuente, con base en el informe del aislamiento preliminar de cultivos (bacterias del grupo de Cocos gramnegativos y grampositivos) y pese al manejo, la paciente tuvo progresión a disfunción orgánica múltiple que finalmente conduce a su deceso. El reporte final de los dos hemocultivos tomados a la paciente evidencio aislamiento de *Staphylococcus aureus* con patrón de resistencia a la meticilina (bacteria del grupo Coco Grampositivo) y con sensibilidad a los antibióticos Clindamicina

y Vancomicina. En la evaluación forense se evidenció compromiso multiorgánico con afectación principalmente pulmonar, cardíaca y meníngea donde se documentó cambios histopatológicos inflamatorios del parénquima pulmonar que confirmaron la presencia de proceso infeccioso piógeno respaldado por tinción de Gram con evidencia de colonias bacterianas que correspondían a bacterias del tipo Cocos Grampositivos. La tinción de Ziehl Neelsen para bacilos ácido alcohol resistente (microorganismos a los que pertenecen el *Micobacterium tuberculosis*) fue negativa y la tinción de PAS y Gomori, también fue negativa para hongos u otros microorganismos.

Por lo anterior, en el contexto de un cuadro clínico de síndrome febril con manifestaciones multisistémicas clínicas y paraclínicas de bacteriemia (diseminación por vía sanguínea de un microorganismo a múltiples órganos) por *Staphylococcus aureus*, considero que este microorganismo se presenta como el agente principal que llevó al compromiso infeccioso grave, ya que este agente infeccioso posee el potencial patogénico para producir y explicar estas complicaciones, facilitándose su diseminación multiorgánica por vía hematógena, ocasionando las siembras infecciosas con afectación a nivel pulmonar, cardíaca, y meníngea, lo cual fue confirmado por la correlación y presencia de los cambios histopatológicos en estos órganos y los hallazgos microbiológicos en las tinciones de la autopsia, que de la misma manera descartaron otra posible etiología infecciosa. (...)”

Lo anterior, teniendo en cuenta que el diagnóstico de tuberculosis en la infancia se basa habitualmente, en una fuerte presunción que surge de la suma de elementos clínicos, radiológicos y el antecedente de contacto con un foco tuberculoso, pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso en secreciones o tejidos, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos. Así mismo se debe precisar que los individuos con infección tuberculosa no son enfermos, por tanto, no presentan síntomas ni signos de enfermedad, la mayoría de los niños enfermos de tuberculosis pulmonar pueden hallarse asintomáticos o con muy pocos síntomas lo cual dificulta establecer el diagnóstico.

La paciente SALOME CARABALI **no presentó TBC Pulmonar**, tal y como se concluye en la autopsia clínica que la demandante aporta como prueba en la demanda:

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES

1. NEUMONÍA DE FOCOS MÚLTIPLES ASBCEDADA POR MICROORGANISMOS GRAM POSITIVOS.
2. CAMBIOS HISTOLÓGICOS DE ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA ASOCIADOS A DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA Y PROCESO NEUMÓNICO.
3. HIPERTENSIÓN PULMONAR GRADO 2 DE LA CLASIFICACIÓN DE EDWARDS.
4. MIOCARDITIS Y PERICARDITIS AGUDA ABSCEDADA.
5. MENINGITIS AGUDA.
6. NECROSIS TUBULAR AGUDA.

CAUSA DE MUERTE
CHOQUE SÉPTICO DE ORIGEN PULMONAR

COMENTARIO: Se trató de cuadro respiratorio manifestado inicialmente por fiebre y rinorrea, el cual fue manejado médicamente y seguido con controles médicos acompañados de estudios radiológicos y paraclínicos; a los 6 días continuó el cuadro febril se acompañó de dolor abdominal y aumentó en intensidad, motivo por el cual se realizó laparoscopia y apendicectomía en la que se encontró adenitis mesentérica. Al persistir el cuadro febril se cambió esquema con antibióticos y ante manifestaciones de dificultad respiratoria se trasladó a UCIP donde se agravó el cuadro de dificultad respiratoria que condujo a intubación orotraqueal y adaptación mecánica ventilatoria en la que progresó a hipoxemia severa asociada a falla multiorgánica que finalmente condujo a su deceso, con hemocultivos positivos para Gram negativos y hallazgos de cocos Gram positivos. Al hacer el estudio de autopsia se establece el diagnóstico de neumonía de focos múltiples por microorganismos Gram positivos con cambios alveolares y vasculares pulmonares, asociados a lesión inflamatoria e infecciosa en corazón, inflamación en meninges y daño en las estructuras renales que en conjunto producen estado de choque séptico de origen pulmonar.


Marco Antonio Bejarano R.
Médico Patólogo C.C. 19462/83

MARCO ANTONIO BEJARANO
Médico Patólogo
19462/83

SR

Como queda demostrado en las anteriores consideraciones, y como se probará en el transcurso del presente proceso, la atención brindada a la menor SALOME CARABALI, en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, fue oportuna, diligente y continua con el pleno cumplimiento de la LEX ARTIS vigente al momento de los hechos. Así las cosas, es claro que las pretensiones de la parte demandante son infundadas, pues, de acuerdo con el estado de salud de la paciente, los galenos tomaron las decisiones que la ciencia médica señala para el manejo de los síntomas que presentaba la menor SALOME CARABALI cuando fue atendida en las instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

1.2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Inmediatamente establecido que una persona ha sufrido un daño, lo segundo que debe hacerse es verificar si ese daño fue generado por una persona y si a ella o a otra le es imputable la obligación de repararlo.

La carga de probar la causalidad e imputación es también del demandante. Hay casos muy específicos donde se presume la imputación, por ejemplo, la contenida en el artículo 2350 del Código Civil (daño imputable al propietario), o la consagrada en el artículo 2354 (el daño que produzca un animal fiero). Independientemente lo anterior, el artículo 167 del Código General del Proceso ha dejado plenamente establecido que la prueba de la causalidad corresponde demostrarla al demandante.

Causalidad se refiere a un concepto fáctico, material y alude a un fenómeno físico que permite entender cuál de los antecedentes de un resultado produjo dicho resultado. También se habla de una causalidad jurídica, o imputación, y alude a un fenómeno jurídico donde se puede establecer que un antecedente de un resultado es causa jurídica de ese resultado y adicionalmente quién debe reparar cuando ese resultado se traduce en un daño ajeno. La causalidad nos permite identificar qué causó el daño, y la imputación responde a la pregunta de quién causó ese daño (el cual responde a un razonamiento jurídico).

Hay una distinción entre causalidad física y causalidad jurídica o imputación, ya que a veces uno puede no haber causado físicamente un daño y sin embargo serle imputable (casos de responsabilidad por omisión). Por otro lado, puede que si se haya causado materialmente un daño y sin embargo, que este no me sea imputable. En el segundo evento, cobra vital importancia la definición de las obligaciones de medio típicas de las profesiones liberales, como lo es la medicina, pues su obrar sólo será medido no debido a un resultado, sino en un actuar diligente y cuidadoso.

La jurisprudencia colombiana, en cabeza de la Corte Suprema de Justicia desde hace muchos años ha dejado en claro que el acto médico es una obligación de medios y no de resultados “[...] *La obligación profesional del médico no es, por regla general, de resultado sino de medio, o sea que el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste [...] de modo que el médico, aunque puede aproximarse mediante los exámenes que previamente practique en la etapa diagnóstica, nunca sabrá en forma rotunda el comportamiento final, sino cuando éste ya se haya producido. El alea, pues, está presente, y esa dosis de incertidumbre que envuelve todavía a la ciencia médica, impide que el galeno garantice un resultado concreto [...]*”

Es decir, en el desarrollo de una obligación de medios, se puede causar un daño que, no obstante, no será reprochable o atribuible –o mejor dicho imputable- a quien lo produjo, siempre que demuestre que su actuar fue diligente y oportuno. Por último, el concepto de causalidad adecuada como teoría aceptada por la jurisprudencia colombiana en el marco civil, responde al antecedente que jurídicamente tuvo incidencia en la producción del daño, conforme a la previsibilidad y a las reglas de la experiencia. Estas reglas de la experiencia dentro del proceder de los profesionales de la salud están demarcadas por la *lex artis* médica.

Concluimos entonces que la sola intervención del médico tratante no es causa adecuada del daño, por ello, es importante entrever la *lex artis* en cada caso concreto, es decir, las reglas de la experiencia dentro del caso específico.

Adicionalmente, para que exista responsabilidad, que entre la culpa y el daño haya una relación de causalidad, es decir, que el daño sea consecuencia del dolo o culpa. Es decir que el daño debe ser efecto o resultado de aquella conducta médica, la cual obra como causa eficiente en la producción del perjuicio; la conducta, entonces debe ser determinante en la producción del daño, que es cuando debido a la atención medica se ha contribuido en un mayor grado a la producción del resultado.

En el caso que nos ocupa, de la información contenida en la historia clínica, se evidencia claramente que el equipo de salud realizo todas las actividades que le eran exigibles de acuerdo con los hallazgos clínicos y el estado actual del ejercicio de la medicina, el equipo de salud no escatimo esfuerzos para salvar la vida de la paciente, fue atendida por los especialistas requeridos conforme a su estado de salud. Se brindó atención oportuna, segura y continúa basada en las necesidades de salud presentadas, acorde a las Guías de práctica clínica, protocolos y demás lineamientos establecidos por la institución.

Ahora bien, se debe precisar al Despacho que la relación de causalidad es la demostración de que al actuar de mi representada es el origen del daño. Así, los hechos fortuitos a los que tienes origen ajeno a su función; no pueden ser motivo de responsabilidad.

La causalidad es el camino o proceso que conduce desde el hecho inicial hasta la situación presente, es el puente entre el acto y la situación lesiva; se trata de una relación que muchas veces presenta extraordinarias dificultades para valorarla, debido a sus dudas o explicaciones multicausales, que dan lugar a peritajes delicados y complejos pero inexcusables dada la trascendencia.

Las principales dificultades tienen su origen en un hecho muy habitual; la multiplicidad de causas. Excepcional que en el daño sufrido por el paciente exista una causa única, lineal o directa cuya inevitable sea el daño.

Es habitual un conjunto de concausas, con un papel más o menos trascendente en el desencadenamiento del daño. Por ejemplo, las infecciones nosocomiales. En este caso hay que tener en cuenta que no es una obligación exactamente igual a la que hay si se derrumba un techo, es un microorganismo vivo en un huésped que también tiene su mecanismo inmunitario, y hay una serie de factores que podríamos llamar concausas, que pueden favorecer que el paciente de la cama se infecte y el que está a lado en contacto con los mismos gérmenes no se infecte.

De los únicos criterios para la valoración entiendo como el único aceptable en la peritación médico-legal de la responsabilidad médica, es el de la causalidad adecuada.

De acuerdo con este criterio, son causas aquellos sucesos capaces de producir el efecto lesivo en un desarrollo lógico de la cadena de procesos patogénicos. La causalidad medica al momento de realizar la pericia, suele ofrecer grandes dificultades y es necesario discriminar la participación de distintas concausas. Muchas veces la dificultad radica en el insuficiente conocimiento médico de la patogenia de ciertas enfermedades, radica entonces en la propia medicina. En efecto, aun cuando, gracias a los progresos científico, las enfermedades son cada vez mejor conocidas, no siempre están aclarados todos los elementos que llevan a su aparición y a las diferentes evoluciones.

Entiendo que la base del juicio médico-legal sobre la causalidad será fundamentalmente un criterio final fisiopatológico. De acuerdo con este criterio los datos de la historia clínica y el examen pericial, en el caso objeto de pericia se comparan y contrastan con descripciones y estadísticas de cuadros patológicos. De esta comparación surge objetivamente la ausencia o existencia de causalidad entre la acción de la IPS y el daño que le imputa.

1.3. INEXISTENCIA DE LA PRUEBA DE LA CULPA COMO ELEMENTO ESENCIAL DE LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL.

La jurisprudencia nacional y la normatividad sobre la materia concuerdan al definir la prestación de los servicios de salud en Colombia como una obligación de medios (La relación que se genera por parte de los médicos, **es una obligación de medios** basada en la competencia profesional, Decreto 3380 del 1981; artículo 104 de la Ley 1438 de 2011). La doctrina en el mismo sentido llega a la misma conclusión tal y como lo resalta la doctora M'Causland en las siguientes líneas: “*Conforme el ordenamiento jurídico, la relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. Así lo ha entendido la jurisprudencia nacional y lo prevé hoy, de manera expresa, el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007*” (M'Causland Sánchez, 2019). Es decir que, el deudor para no incurrir en una responsabilidad que conlleve la obligación de resarcir los daños que se le endilgan, debe comportar un obrar diligente, cuidadoso, advertido e idóneo que a todas luces no comporte jamás un resultado determinado para el proveedor. Evidentemente, estamos ante un régimen subjetivo que realiza un juicio de reproche sobre el actuar del demandado, pues se le verifica si al estar en la capacidad de obrar conforme la ley, lo hace ilícitamente. Así las cosas, puede afirmarse que la regla general de la responsabilidad por la prestación del servicio médico encontrará su fundamentación en la culpa y el régimen aplicable será entonces subjetivo.

Cuando el análisis jurídico verse entonces sobre un régimen subjetivo, adquiere importancia dilucidar a quién le corresponde el deber de probar la culpa. El mismo ordenamiento jurídico establece de manera clara la carga probatoria de cada una de las partes cuando el inciso primero del artículo 167 del Código General del Proceso indica que “*incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”. Definido lo anterior, se debe establecer el tipo de obligación que adquirió el deudor con el acreedor, es decir, si estamos ante una responsabilidad de tipo contractual o extracontractual. Dadas las características del proceso y de las partes, nos enfrentamos ante una responsabilidad extracontractual definida en el artículo 2341 del Código Civil colombiano: “*El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido*”. Podemos concluir, que quien pretenda solicitar una indemnización por la causación de un daño dentro de un proceso de responsabilidad extracontractual, deberá probar el supuesto de hecho consagrado en el artículo 2341 del Código Civil, significa lo anterior, que **la culpa no se presume y que el demandante deberá por lo tanto probar además de los elementos esenciales de la responsabilidad civil**, que los profesionales de la salud no ajustaron su actuar a la obligación de medios que se les impone, que fueron negligentes o que obraron con culpa. El régimen por lo tanto en materia extracontractual será siempre de culpa probada.

Para determinar el juicio de reproche de la actuación del demandado, deberá valorarse las reglas de la experiencia y la previsibilidad de cada caso en concreto, “*determinar qué era previsible y probable que sucediera conforme las reglas de la experiencia en un curso normal de los acontecimientos*” (M'Causland Sánchez, 2019). Cobra particular importancia las reglas de la experiencia en el actuar profesional médico, pues estas serán definidas por la *lex artis* para cada hecho particular, es decir, que el obrar de los profesionales de la salud, para que sean diligentes, cuidadosos, advertidos, entendidos e idóneos para exonerarse de la responsabilidad, deben estar apegados a los protocolos médicos, a la literatura médica y al estado del arte médico y científico actual.

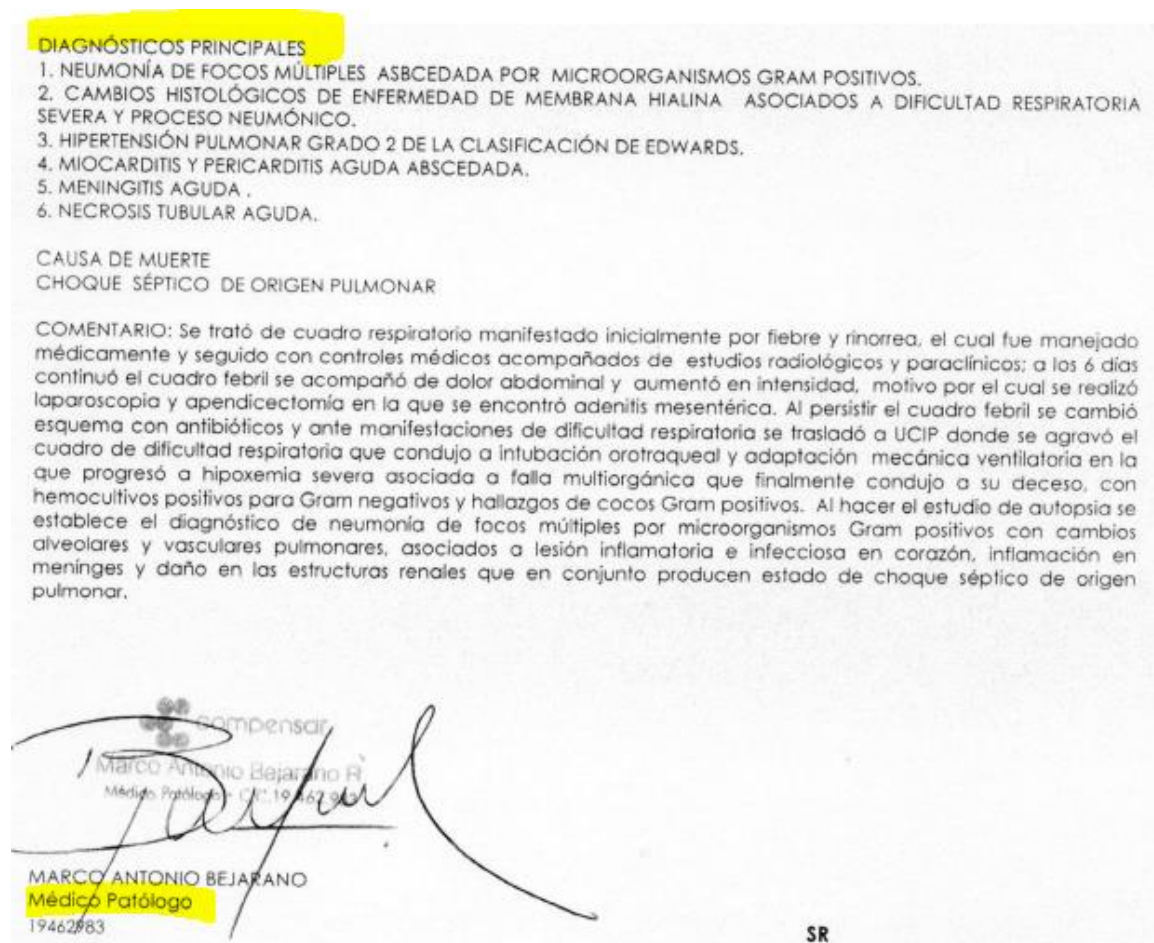
Así por ejemplo, la Sala Civil dejó por sentado en sentencia del 13 de septiembre de 2002, lo siguiente: “*...si, entonces, el medico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente que le causa un perjuicio específico, este debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquel en cumplimiento de su función. Lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por el padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación correspondiente, cualquiera que sea el criterio, que se tenga sobre la naturaleza*

jurídica.

Es así como carecen de fundamento técnico-científico las apreciaciones que de manera subjetiva se formulan en el libelo demandatorio, las cuales deberán ser demostradas por la parte demandante, en especial aquellas en las que manifiestan que las actuaciones realizadas de sustento técnico-científico...”

En conclusión y conforme con el resultado de la autopsia realizada a la paciente SALOME CARABALI, en la cual se reporta como causa de muerte **choque séptico pulmonar**, que NO guarda relación alguna con tuberculosis miliar como erradamente pretende la parte demandante hacer ver al Despacho, omitiendo la conclusión establecida en la autopsia clínica aportada como prueba de su demanda, debido a que en ninguna parte de la conclusión del médico patólogo se indicó TBC Pulmonar (tuberculosis), que por tanto, se entiende descartado la tuberculosis que erradamente la parte demandante afirma sin prueba alguna que existió en la humanidad de la paciente Salomé.

Con base a lo anterior, es importante precisar que el postmortem de hemocultivos del 05 y del 06 de agosto de 2015 y cultivo de secreción traqueal del 06 de agosto de 2015 con Estafilococo aureus resistente a oxacilina. En razón a esto y teniendo en cuenta la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar, al igual que la autopsia clínica aportada por la parte demandante:



En armonía con lo anterior, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica que debido a la complejidad y limitaciones que existen para el diagnóstico de la tuberculosis infantil y el mayor riesgo que tiene esta población de progresar de infección a enfermedad en poco tiempo, además a más de 120 años de haberse descrito el bacilo de la tuberculosis, no existe en la actualidad ningún método efectivo y rápido que permita hacer el diagnóstico TB en el niño. Anudado a ello, es importante precisar que en los estudio realizados frente a la tuberculosis infantil **no se encontró relación entre el criterio epidemiológico con el diagnóstico de TBC Bk positivo**, esto se debe probablemente a

que el criterio epidemiológico, a diferencia de los otros parámetros de los criterios de Stegen y Toledo, no corresponde un método diagnóstico directo ni indirecto de la infección por TBC y su presencia solo aumenta el valor predictivo positivo de cualquier método indirecto, por lo cual la presencia del criterio radiológico en un paciente tiene 5 veces la probabilidad de ser diagnóstico con tuberculosis BK positivo.

Como podemos observar su Señoría, el Hospital Universitario Clínica San Rafael brindó atención oportuna, segura y continúa basado en las necesidades de salud presentadas por la paciente, acorde a las guías de práctica clínica, protocolos y demás lineamientos establecidos por la institución permite concluir que no hay nexo causal entre el hecho que pretende atribuir la parte actora, culpa, en su incoada y el deceso de la menor Salome Carabalí como se evidencia en el historial clínico al momento de ingresar a nuestra Institución fue valorada por los profesionales con la experticia y se le realizaron los exámenes requeridos, conforme a su estado de salud en los cuales no se logró evidenciar los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar al igual que la conclusión adoptada por el médico patólogo en el dictamen de autopsia clínica aportada por la parte demandante.

De tal forma que, al no constituirse probatoriamente la exigencia de la demostración de la culpa por parte de las demandadas, las pretensiones no tienen vocación de prosperidad, toda vez que todos los elementos estructurales de la responsabilidad deben probarse, al encontrarnos en un régimen de culpa probada.

Es por ello, que solicito al Despacho respetuosamente tener por probada la presente excepción.

1.4. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

La Corte Suprema de Justicia, establece que, tratándose de la responsabilidad civil de los médicos, esta es una responsabilidad que se deduce mediando la demostración de la culpa. Igualmente, en diversas jurisprudencias, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado que el médico tan solo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo, de suerte que, en caso de reclamación, el actor debe demostrar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación.

Anudado a lo anterior, la Corte Suprema de Justicia, dese la sentencia del 05 de marzo de 1940, partiendo de la distinción entre las obligaciones de medio y de resultado, estimo que por lo general la obligación que adquiere el médico, es una obligación de “medio”.

En la misma jurisprudencia, la Corte Suprema de Justicia, con relación a la Responsabilidad Civil Extracontractual, sostienen que cuando se trata de deducírsele responsabilidad al médico por el acto médico defectuoso o inapropiado, debe aplicársele los lineamientos sobre la carga de la prueba, descartándose así la aplicabilidad de presunciones de culpa, como las colegiadas por el artículo 2356 del Código Civil para cuando el daño se origina como consecuencia del ejercicio de una actividad peligrosa, porque la labor médica está muy lejos de asimilarse a ellas, pues es una actividad de beneficencia, no de mera liberalidad ni en interés del profesional de la salud sino de la vida y salud del paciente.

Del análisis de los planteamientos de la Corte Suprema de Justicia, anteriormente citados, se deduce que la demostración de la culpa del médico es un requisito sine qua non para la estructuración de la responsabilidad civil de los médicos. Los demás presupuestos de la responsabilidad civil de los médicos no son extraños al régimen general de responsabilidad: un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia o cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad entre el daño sufrido y el comportamiento médico.

En el presente caso, no se configuran los presupuestos mencionados, toda vez que el actuar de mi poderdante y los médicos que participaron en el proceso de atención se ciñeron a los postulados que la ciencia médica exige para el tratamiento de un caso clínico como el presentado en la paciente. La actuación de mi representada fue en todo momento prudente, diligente, idóneo y oportuno. No existió relación de causa-efecto entre el actuar de mi mandante y el supuesto daño sufrido por los demandantes. Igualmente, no se colige del libelo de la demanda prueba alguna de la culpa en la que supuestamente incurrió mi mandante, toda vez que como se mencionó con antelación se prestaron los servicios de salud de manera oportuna, segura y continúa basados en las necesidades de salud presentadas por la menor, cumpliendo con los protocolos y guías de manejo establecidos por el Hospital, resaltando que de acuerdo a la correlación clínica y radiológica, los antecedentes médicos y **las pruebas de laboratorio realizadas en el Hospital Universitario Clínica San Rafael no cumplen con los criterios de diagnóstico de una TBC pulmonar al igual y como tampoco la conclusión de la autopsia clínica aportado por la parte demandante**, en tanto que, se ha demostrado en la evidencia bibliográfica la complejidad y limitaciones que existen para diagnosticar tuberculosis infantil.

Por lo anterior es claro en el presente proceso que la parte demandante tiene la obligación de demostrar de mi mandante y no limitarse a realizar apreciaciones subjetivas, descargando su diligencia y responsabilidad de demostración en la contraparte y el Despacho. En resumen, los actores deben demostrar que el Hospital universitario Clínica San Rafael, no actuó diligentemente en garantizar los accesos a los servicios médicos requeridos, condición que precisamente es no predicable en el presente caso, ya que la paciente fue atendida por recurso humano y en las instalaciones del Hospital bajo procedimientos indicados por la Lex Artis y por profesionales idóneos.

Actualmente en Colombia la responsabilidad medica es de medio y no de resultado: es decir el galeno no está en la obligación de garantizar la salud del enfermo, pero sí de brindarle todo su apoyo en procura de su mejoría.

1.5. INEXISTENCIA DEL DAÑO MATERIAL: DAÑO EMERGENTE

Cabe precisar, que el daño indemnizable está determinado por sus consecuencias o, en otras palabras, es atinente la diferenciación que realiza el Doctor Juan Carlos Henao entre daño y perjuicio, para establecer que lo que se indemniza no es el daño o la lesión del derecho en sí misma, sino las consecuencias o el perjuicio causados por éste. Guardando sentido con lo manifestado por Zavala de González, *“el daño resarcible, que interesa civilmente, no apunta a la lesión a los derechos o al interés, sino a las consecuencias o efectos que ella produce”* (Zavala de González, 1990).

En este orden de ideas, los perjuicios cuya indemnización se reclama deben ser demostrados por el demandante y para tales efectos, los perjuicios se clasifican en dos tipos: en perjuicios materiales e inmateriales. Los daños materiales, tradicionalmente constituidos en el Código Civil Colombiano, se definen como aquellos que se pueden tasar, que son tangibles y tienen un valor en el mercado.

Estos perjuicios materiales a su vez se dividen en dos: daño emergente y el lucro cesante. El daño emergente está definido como aquella pérdida patrimonial efectiva que sufre una persona (artículos 1613-1614 del Código Civil) con ocasión del daño. Al ser el daño un elemento estructural de la responsabilidad, tanto éste como sus consecuentes perjuicios deben demostrarse plenamente por el demandante si pretende la satisfacción de sus pretensiones por medio de pruebas directas.

Atendiendo a la definición de daño emergente “pérdida patrimonial efectiva que sufre una persona”, tenemos que el demandante no costó el tratamiento efectuado en las instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, pues fue asumido por la EPS a la cual se encontraba afiliada con cargo a su UPC y por ello no existe una pérdida patrimonial asumida por el demandante.

Resulta temeraria entonces la pretensión de la parte actora de reclamar una indemnización por un daño que no ha sufrido y que no ha sido probado, en tanto que, **no aporta prueba documental alguna**, procurando con ello un enriquecimiento sin justa causa.

Es por ello, que no existe una pérdida patrimonial efectiva que sea atribuible a las demandadas, sino que son consecuencia de la voluntad libre del paciente. Por lo anterior su Señoría, solicito comedidamente tener por probada la presente excepción.

1.6. INDEBIDA TASACIÓN DE LOS PERJUICIOS INMATERIALES

El demandante solicita como parte de la indemnización el reconocimiento de los perjuicios inmatrimales denominados “perjuicio moral y daño a la vida de relación”.

Sobre la tipología de los perjuicios inmatrimales y su tasación, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 5 de agosto de 2014 (rad. 11001-31-03-003-2003-00660-01) tiene definida la jurisprudencia de esta corporación más actualizada respecto la tipología y la reparación del daño inmaterial.

Sobre la tipología, expresa la Corte que el daño inmaterial comprende las siguientes categorías: 1) el daño moral; 2) el daño a la vida de relación; y 3) el daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad.

En cuanto a la reparación del daño inmaterial, reiteró la Corte su posición en el sentido de que la debe fijar el Juez, en cada proceso, conforme a la equidad y las particularidades del caso, por lo cual no es procedente fijar “*parámetros generales que en forma mecánica se apliquen a la valoración de tal clase de perjuicio*”. Aunado a ello, la Corte precisó que el objeto de la reparación está constituido por las consecuencias de la lesión, y no por esta en sí misma.

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 19 de diciembre de 2018 (expediente: 0573631890020040004201), al referirse a la tasación del daño moral indica lo siguiente en sus razones para decidir:

“(…) ha creído esta Sala que en tal arbitrio judicial debe prevalecer la medida, la condena no debe ser fuente de enriquecimiento para la víctima a más de que deben sopesarse las circunstancias de cada caso, incluyendo dentro de ellas, por qué no, las especificidades de demandante y demandado, los pormenores espacio temporales en que sucedió el hecho, todo ello con miras a que dentro de esa discrecionalidad, no se incurra en arbitrariedad.

No obstante, a la anterior doctrina, que aún prohíba esta Corporación, debe agregarse el hecho de que a falta de normativa explícita que determine la forma de cuantificar el daño moral, el precedente judicial del máximo órgano de la jurisdicción ordinaria tiene cierto carácter vinculante, para cuya separación es menester que el juez ofrezca razones de su distanciamiento (…)”

No obstante, estima la Corte en la sentencia referida del 5 de agosto de 2014⁴, que el daño moral debe ser tasado para el caso concreto en la suma de diez millones de pesos (\$10.000.000), lo cual fija finalmente un lineamiento para la determinación de la tasación por perjuicios inmatrimales.

Es así como la estimación que hace la parte actora frente al daño moral y el daño a la vida de relación están desproporcionadas y excesivas, al solicitar cuatrocientos (400) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes; equivalentes a trescientos cincuenta y un millones ciento veintiún mil doscientos pesos M/CTE (\$ 351.121.200) para el daño moral y doscientos (200) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes; equivalentes a ciento setenta y cinco millones quinientos sesenta mil seiscientos

⁴ Sent. CSJ., SC10297-2014, 5/agost., 2014, M.P. Ariel Salazar Ramírez

pesos M/CTE colombiana (\$ 175'560.600) para el daño a la vida de relación, desconociendo por completo los dictados de la jurisprudencia Nacional frente al tema.

No hay que olvidar, que los anteriores perjuicios deben demostrarse por intermedio de pruebas directas o indirectas. No obra en todo el expediente y el acervo probatorio prueba del daño moral y daño a la vida de relación solicitado por la parte demandante. No hay un análisis psicológico de un perito idóneo que califique su detrimento sentimental interno y su afectación directa de esta con la esfera exterior que los rodea, para calificar la existencia de un daño moral y un daño a la vida de relación.

Frente al daño a los derechos humanos fundamentales como el buen nombre, la propia imagen, la libertad, la privacidad y la dignidad, la Corte señala que *“debe ser de grave entidad o trascendencia, lo que significa que no debe ser insustancial o fútil, pues no es una simple molestia la que constituye el objeto de la tutela civil. Naturalmente que toda persona, en tanto pertenece a un conglomerado social y se desenvuelve en él, está llamada a soportar desagradados o perturbaciones secundarias ocasionadas por sus congéneres dentro de ciertos límites, no siendo esas incomodidades las que gozan de relevancia para el derecho (...)”*.

Las pruebas recolectadas y aportadas en el devenir procesal vislumbran que los presuntos daños alegados no están demostrados y si en juicio de discusión estos llegasen a existir, no son atribuibles a los demandados, pues obraron de acuerdo con los parámetros fijados por la *lex artis* y por la obligación de medios impuesta por el ordenamiento jurídico.

Por estar argumentaciones, solicito respetuosamente al Despacho, tener por probadas las presentes excepciones.

2. EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

2.1.Llamamiento en Garantía sin cumplir requisitos legales: La **NUEVA EPS S.A.** Como administradora de los Recursos Públicos destinados al SGSSS de toda su población afiliada; en su escrito de llamamiento omite lo establecido en la cláusula Décima Cuarta del contrato sobre el cual funda su solicitud de llamamiento que también contempla; *“(...) NATURALEZA DEL CONTRATO.- El presente contrato es de naturaleza civil y comercial y se regirá en especial por las normas contenidas en las leyes 100 de 1993 y ley 1122 de 2007, en los decretos 1011 de 2006 y 4747 de 2007, en las Resoluciones 1043 de 2006 y 2680 de 2007. y demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan (...)”*, contiene una responsabilidad en sujeción a su obligación legal inherente en su objeto social como Entidad Promotora de Salud (EPS) y además; no es posible desconocer el objeto del contrato de servicios que consiste en prestar servicios de salud a los pacientes afiliados a la EPS **NUEVA E.P.S. S.A.** y mucho menos cambiar su objeto, naturaleza contractual y contenido con base en una sola de sus cláusulas como la aquí citada; en un contrato de garantía de seguro para que indebidamente el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** como Institución Prestadora de Servicios de Salud asuma las consecuencias de una eventual condena por la directa o indirecta responsabilidad inherente de **NUEVA E.P.S. S.A.** como Entidad Promotora de Salud y se desconozca con ello su obligación Legal y Constitucional de aseguramiento y responsabilidad frente a su población afiliada como se estableció en su objeto social, en la Ley y la Jurisprudencia.

2.2.Y, porque además **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL** en el proceso de la referencia ya ha conformado el litisconsorcio necesario como demandado directo.

3. EXCEPCIONES INMOMINADAS

La presente consistente en que todo hecho o circunstancia que resultare probado durante el proceso y constituya excepción o defensa para mi mandante frente a las pretensiones, deberá así ser declarado.

Lo anterior, conforme al nuevo estatuto procesal en su Artículo 282 CGP entre sus líneas dice "(...) Artículo 282. Resolución sobre excepciones. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda...

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia. Cuando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción (...)"

V. PRUEBAS

Solicito al Despacho se sirva decretar y practicar las siguientes pruebas, como fundamentos de la presente contestación y de las excepciones propuestas:

1. DOCUMENTALES APORTADAS:

- 1.1. Copia de la Historia Clínica de la menor Salome Carabalí Lasso, que contienen las prestaciones surtidas en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL en la fecha de los hechos de la demanda.
- 1.2. Guía de práctica clínica apendicitis aguda del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL vigente para la fecha de los hechos.
- 1.3. Artículo: Asociación de Criterios de Stegen modificado por Toledo para el diagnóstico de tuberculosis pediátrica. Hospital Belén de Trujillo.
- 1.4. Guía- Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil del Comité de Neumología.

2. TESTIMONIALES:

- 2.1. Sírvasen señor juez citar y hacer comparecer ante su Despacho, a los profesionales médicos que le brindaron la atención a la paciente en el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, con el fin de que rinda declaración sobre los procedimientos médicos adelantados y puedan explicar lo que concierne al respecto:

Las testigos pueden ser ubicadas a través de nuestro conducto:

- 2.1.1. La doctora Diana Ruiz que ostenta el cargo de médica Pediatra.
- 2.1.2. El doctor Luis Ramírez que ostenta el cargo de médico Pediatra.
- 2.1.3. La doctora Angela María Pedraza que ostenta el cargo de Gestora de Pediatría.
- 2.1.4. El doctor Carlos Alberto Sánchez que ostenta el cargo de Gestor de Cirugía.
- 2.1.5. La doctora Giomar Corvacho que ostenta el cargo de médica Pediatra Intensivista.

2.2. Adicionalmente solicito a su señoría hacer comparecer ante su Despacho al profesional médico de infectología pediátrica del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, a fin de que rinda declaración como testigo técnico:

2.2.1. El doctor Pedro José Ramos Cabrera, médico infectólogo pediatra, a través nuestro o en la Dirección Cra 60 D Bis No. 51 sur 35, barrio Tunjuelito, celular 3112578324, Correo Electrónico pedror798@gmail.com.

3. **INTERROGATORIO DE PARTE:**

Sírvase señor juez citar y hacer comparecer ante su despacho para que absuelva interrogatorio de parte a:

3.1. La señora SANDRA PATRICIA LASSO, identificada con la cedula de ciudadanía No. 34.373.674 de Puerto tejada - Cauca.

3.2. El señor JOSE ALEJANDRO CARABALI, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.130.947.429 de Santander de Quilichao Cauca.

Las personas para convocar al interrogatorio de parte pueden ser ubicadas a través de la única dirección aportada como parte demandante en la n Carrera 2 # 6 – 214 Barrio San Fernando, en el municipio de Villa Rica – Cauca y los datos de ubicación de su apoderado judicial con correo electrónico redasejur@gmail.com, teléfono 3017501116 y en la Avenida Jiménez No. 8a 77 - oficina 702 de Bogotá D.C.

Lo anterior, a fin de que contesten el cuestionario que se les formulará frente a los hechos de la demanda, la contestación y en general de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en la Litis.

VI. PETICIÓN

Respetuosamente solicito al Despacho declarar probadas las excepciones propuestas, denegar las pretensiones del llamamiento en garantía realizado por la **NUEVA EPS S.A.** y en su lugar condenar a esa entidad en costas.

VII. ANEXOS

1. Los documentos indicados en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

1. A la parte demandada **NUEVA EPS S.A.** y a su apoderado en las direcciones indicadas en el escrito del llamamiento en garantía.
2. El suscrito y mi representada **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL** en la carrera 8 # 17-45 Sur de Bogotá D.C. y en los correos electrónicos **direcciongeneral1@stewardcolombia.org** y **juan.bermudez@stewardcolombia.org**

Suscribo con la más alta consideración,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "JEB Archila", with a large, sweeping circular flourish underneath.

JUAN ESTEBAN BERMÚDEZ ARCHILA

C. C. No. 1.018.410.328 de Bogotá D.C.

T. P. No. 294.929 del Consejo Superior de la Judicatura.

PROCESO 2020-215 JOSE ALEJANDRO CARABALI Y SANDRA PATRICIA LASSO VS. HOSPITAL CLÍNICA SAN RAFAEL Y OTROS

Maria Camila Baquero <m.baquero@lexia.co>

Jue 24/11/2022 9:12 AM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: direcciongeneral1@ncsanrafael.com.co <direcciongeneral1@ncsanrafael.com.co>;redasejur@gmail.com <redasejur@gmail.com>;Secretaria General <secretaria.general@nuevaeps.com.co>

Honorable

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REF.:

Radicado No. 11001310300720200021500

Demandante: Jose Alejandro Carabali y Sandra Patricia Lasso

Demandados: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Nueva EPS y otros

Llamados en garantía: La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

ASUNTO:

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

MARIA CAMILA BAQUERO IGUARÁN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.083.007.108 de Santa Marta, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 312.100 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad comercial, identificada con N.I.T. 860.002.400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.com.co, entidad sometida al control y vigilada por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por **DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLÉN**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.015.441.384 como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad, acudo ante su despacho para **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO**, contra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL**.

De igual manera, me permito dar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** efectuado por la Clínica San Rafael en contra de la Previsora S.A.



Maria Camila Baquero.
Asociada.

+ 57 301 439 0633
m.baquero@lexia.co
Calle 110 No. 9-25, Of 813
Bogotá, Colombia.

LEXIA

Honorable

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REF.: Radicado No. 11001310300720200021500
Demandante: Jose Alejandro Carabali y Sandra Patricia Lasso
Demandados: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Nueva EPS y otros
Llamados en garantía: La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

MARIA CAMILA BAQUERO IGUARÁN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.083.007.108 de Santa Marta, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 312.100 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad comercial, identificada con N.I.T. 860.002.400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.com.co, entidad sometida al control y vigilada por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por **DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLÉN**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.015.441.384 como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad, acudo ante su despacho para **CONTESTAR LA DEMANDA** presentada por **JOSE ALEJANDRO CARABALI y SANDRA PATRICIA LASSO**, contra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL**.

De igual manera, me permito dar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** efectuado por la Clínica San Rafael en contra de la Previsora S.A.

Par facilitar el entendimiento y estructuración de esta contestación, me permito presentar la siguiente tabla de contenido:

I.	TABLA DE CONTENIDO	
II.	OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
III.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA	2
IV.	PRONUNCIAMIENTO RESPECTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA	3
V.	EXCEPCIONES DE MÉRITO Y ARGUMENTOS DE DEFENSA FRENTE A LA DEMANDA	3
A.	AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL	3
1.	Cumplimiento de la <i>lex artis</i>	5
2.	Inexistencia de culpa de la Clínica San Rafael y el personal a su cargo. Las actuaciones fueron prudentes, diligentes y perita	6
3.	Inexistencia de nexo de causalidad.	7
B.	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO	8

C.	LOS PERJUICIOS SOLICITADOS SON IMPROCEDENTES, ESTÁN EXCESIVAMENTE TASADOS Y NO ESTÁN PROBADOS	9
1.	<i>Daño emergente</i>	9
2.	<i>Respecto al Daño Moral</i>	9
3.	<i>Respecto al Daño a la Vida en Relación</i>	10
II.	EXCEPCIÓN GENÉRICA	11
VI.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	11
VII.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	11
VIII.	EXCEPCIONES DE MÉRITO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO	11
A.	NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO – INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADO Y ASEGURADORA	11
B.	CONFIGURACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO	12
C.	AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO CON RELACIÓN A LA PÓLIZA No. 1011253 EXPEDIDA POR LA PREVISORA	14
D.	DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO	15
E.	COBRO DE LO NO DEBIDO	15
F.	LIMITACIÓN CONTRACTUAL AL MONTO INDEMNIZABLE Y ALCANCE MÁXIMO DE UNA HIPOTÉTICA CONDENA	16
G.	PAGO DEL DEDUCIBLE	16
H.	EXCEPCIÓN GENÉRICA	16
IX.	PRUEBAS	17
A.	DOCUMENTALES	17
B.	TESTIMONIALES	17
X.	ANEXOS	18
XI.	NOTIFICACIONES	18

II. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En el presente caso, el llamamiento en garantía fue admitido mediante auto del 24 de mayo de 2022 y notificado por correo electrónico el día 21 de octubre de 2022. Teniendo en cuenta lo anterior, el término para contestar inició el día 25 de octubre de 2022 y finaliza el día 24 de noviembre de 2022, razón por la cual, este escrito se presenta de forma oportuna.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

La demanda contiene varios hechos, motivo por el cual me pronunciaré conforme al orden y la forma en la que fueron presentados, así:

Respecto al hecho primero: No me consta, por tratarse de un hecho ajeno a mi representada, razón por la cual, me atengo a lo que resulte probado.

Respecto al hecho segundo: No me consta, por tratarse de un hecho ajeno a mi representada, razón por la cual, me atengo a lo que resulte probado.

Respecto al hecho tercero: No me consta, por tratarse de un hecho ajeno a mi representada, razón por la cual, me atengo a lo que resulte probado.

Respecto al hecho cuarto: No me consta, por tratarse de un hecho ajeno a mi representada, razón por la cual, me atengo a lo que resulte probado.

Respecto al hecho quinto: Es cierto.

Respecto al hecho sexto: No me consta, por tratarse de un hecho ajeno a mi representada, razón por la cual, me atengo a lo que resulte probado.

IV. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Respecto a la pretensión primera: me opongo totalmente a que se declare que el HOSPITAL CLÍNICA SAN RAFAEL es extracontractual y solidariamente responsable por los daños reclamados por la parte demandante, en razón a la atención médica proporcionada a la joven Salome Carabali Lasso.

Esto en razón a que, como bien se expondrá con suficiencia en el siguiente capítulo del presente escrito, no se configuran los elementos de la responsabilidad civil, siendo estos absolutamente necesarios para condenar a los demandados al pago de la indemnización.

Respecto a la pretensión segunda: me opongo totalmente a que se condene a los demandados al pago de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales reclamados, en razón a que no es posible endilgar responsabilidad alguna en su contra. Adicionalmente, y como se expondrá posteriormente, los perjuicios aquí reclamados no fueron probados, como bien lo ordena la Ley y la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, por lo que el h. Juez no debe acceder a su condena.

Respecto a la pretensión tercera: me opongo totalmente a que se declare que los demandados son responsables de los daños y perjuicios solicitados a título de daño emergente, daño moral y daño a la vida en relación, en razón a que no es posible endilgar responsabilidad alguna en su contra.

Respecto a la pretensión cuarta: me opongo totalmente por las razones expuestas con anterioridad.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO Y ARGUMENTOS DE DEFENSA FRENTE A LA DEMANDA

A. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL

La responsabilidad civil extracontractual se encuentra regulada en el artículo 2341 del Código Civil: “El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”.

El artículo citado ha sido desarrollado por la jurisprudencia, la cual ha indicado que existen tres elementos, en concreto, la Corte Suprema de Justicia manifestó que:

“[...] para que resulte comprometida la responsabilidad de una persona natural o jurídica, a título extracontractual, se precisa de la concurrencia de tres elementos que la doctrina más tradicional identifica como ‘culpa, daño y relación de causalidad entre aquella y este’. Condiciones estas que además de considerar el cuadro axiológico de la pretensión en comentario, definen el esquema de la carga probatoria del demandante, pues es a este a quien le corresponde demostrar el menoscabo patrimonial o moral (daño) y que este se originó en la conducta culpable de quien demanda, porque al fin y al cabo la responsabilidad se engasta en una relación jurídica entre dos sujetos: el autor del daño y quien lo padeció”.¹ (Subrayado fuera de texto)

Como nuestro sistema de responsabilidad está basado en la culpa, para que surja obligación de indemnizar, es necesario que exista un daño que sea la consecuencia del incumplimiento de un deber jurídico imputable a título de culpa o de actividad riesgosa², y si el incumplimiento no deriva de ello o deriva de una causa extraña no imputable a la voluntad del deudor, esta queda exento de responsabilidad, como cuando el hecho que imposibilita el cumplimiento de la obligación proviene de caso fortuito³. *“El deudor normalmente ha de responder por dolo y negligencia. En el derecho de obligaciones el principio de culpabilidad constituye la regla”.⁴*

Es claro que a los demandantes es a quienes corresponde probar la culpa en la conducta del actor del daño en materia de responsabilidad médica⁵, y en el presente caso los demandantes no aportaron los elementos probatorios necesarios para endilgar la responsabilidad de los demandantes.

En el presente proceso no se reúnen los elementos de la responsabilidad civil necesarios para condenar al Hospital Universitario Clínica San Rafael. En efecto, de acuerdo con el acervo probatorio que obra en el expediente, la atención brindada por el Hospital fue oportuna, adecuada, diligente y perita y en cumplimiento de la lex artis de la materia. Asimismo, es preciso recalcar que los daños alegados por la parte actora como consecuencia del actuar de la entidad son inexistentes, no están probados y, además, están sobrestimados.

¹ Corte Suprema de Justicia - Sala Civil. Sentencia de octubre 25 de 1999. Cfr. Sentencia C-1008 de 2010, citada en la Sentencia de la Corte Constitucional T-609 de 2014.

² Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, 11 de septiembre de 2002, Exp. 6430. En el mismo sentido, Guillermo Ospina Fernández – Régimen General de las Obligaciones, 7ª edición, Temis, Bogotá D.C., 2001, pág. 91, Jorge Santos Ballesteros – Instituciones de Responsabilidad Civil, Tomo II, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., 2004, pág. 181 – y Javier Tamayo – De la Responsabilidad Civil, Tomo I, Editorial Temis, Bogotá D.C., 1986, pág. 7 y ss. Y 236 y ss.

³ Arturo Alessandri R., Manuel Somarriva U, Antonio Vodanovic H, Tratado de las Obligaciones, segunda edición, Editorial Jurídica de Chile, Santiago, 2004, págs. 278, 285, 289 y 290. En el mismo sentido, Arturo Alessandri Rodríguez, Teoría de las Obligaciones, Ediciones Librería del Profesional, Bogotá D.C., 1983, pág. 78.

⁴ Fernando Hinestrosa, Tratado de las Obligaciones, 1ª Edición, Universidad Externado de Colombia, Bogotá D.C., 2002, pág. 235 y 239. Este autor señala que en la normatividad nacional al deudor le es igual acudir a la causa extraña, para liberarse de la responsabilidad, que defenderse por no haber incurrido en culpa.

⁵ **La carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad –incluida por supuesto la culpa-, recae sobre el demandante: carga que no se ha visto satisfecha.** En referencia a lo anterior la H. Corte Suprema ha reiterado que en materia de responsabilidad civil médica **reina el régimen de culpa probada**, según el cual es al actor a quien corresponde probar que el facultativo o la institución médica no cumplió con la lex artis ad hoc, así como los demás elementos de la responsabilidad galénica: *“Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante (...)”* (Subrayado y negrita fuera del texto). Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia Sustutiva del 17 de Noviembre del 2011. M.P. William Namén Vargas. Exp.: 11001-3103-018-1999-00533-01.

1. Cumplimiento de la lex artis

La Clínica San Rafael siguió el procedimiento adecuado y pertinente para el diagnóstico y tratamiento de la paciente, de conformidad con la Lex Artis Ad-Hoc.

La doctrina ha indicado que en el caso de la responsabilidad civil médica, se acude a una estimación *in concreto* del comportamiento, con el objeto de evitar “*generalizaciones o construcciones relacionadas con actuaciones ideales y para cuyos efectos se determina el incumplimiento de los deberes jurídicos en el que hacer médico, tomando en consideración factores como la especialización, la técnica y la competencia, aplicables al caso concreto y con observancia de lo que en este campo se denomina Lex Artis Ad hoc*”.⁶

La Lex Artis es un criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina – ciencia o arte médico, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, y en su caso, de la influencia en otros factores endógenos – estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria – para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado.

Los elementos que debe examinar el fallador al corroborar el cumplimiento de la Lex Artis son los siguientes:

- 1) Como tal ‘lex’ implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta;
- 2) Objeto: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos;
- 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la ‘lex’ es un profesional de la Medicina;
- 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución);
- 5) Concreción de cada acto médico o presupuesto ‘ad hoc’: tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha ‘lex artis’; así como en toda profesión rige una ‘lex artis’ que condiciona la corrección de su ejercicio, en la medicina esa ‘lex’, aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos”.

En consecuencia, para determinar la existencia de una conducta médica culposa, es necesario que se produzca un daño como consecuencia de un acto médico, **desarrollado con violación de las reglas técnicas requeridas por la Lex Artis.**

⁶ Santos Ballesteros Jorge, Instituciones de Responsabilidad Civil Tomo II. Editado por Javegraf, 2003. Pg. 295.

Asimismo, la legislación colombiana establece que sólo deben emplearse métodos terapéuticos debidamente aceptados por instituciones científicas reconocidas (artículo 12 Ley 23 de 1981). Igualmente se consagra que el **paciente no puede ser sometido a tratamientos injustificados** y según el artículo 7° del Decreto 3380 de 1981, estos son: **los prescritos sin un previo examen general y los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente.**

Adicionalmente, se establece en el artículo 16 de la Ley 23 de 1981 que: **“la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto”** (Subraya y negrita fuera del texto).

Descendiendo al caso que nos ocupa, cabe resaltar que la atención que la paciente recibió estuvo enmarcado dentro de la lex artis ad hoc, en la medida en que la Clínica San Rafael puso a su disposición todos los recursos médicos, tecnológicos y de infraestructura requeridos para la atención de la paciente.

Agregando que, en cuanto a los procedimientos adelantados, se encuentra soportado en la historia clínica que a la paciente se le practicaron los exámenes de rigor y se siguió el tratamiento acorde con los resultados del caso. En esa medida, es palmario que la Clínica San Rafael siguió al pie de la letra los procedimientos adecuados para realizar la intervención y dispuso todos los equipos médicos y medios tecnológicos para atender de forma oportuna y eficaz a la paciente de acuerdo con su sintomatología. No siendo dable alegar por parte de los demandantes falla médica alguna, entendida esta última como un acto médico contrario a la lex artis.

2. Inexistencia de culpa de la Clínica San Rafael y el personal a su cargo. Las actuaciones fueron prudentes, diligentes y perita

La conducta realizada por la Clínica San Rafael enmarcada dentro de los preceptos de lex artis ad hoc para el caso concreto.

Es claro que a los demandantes les corresponde probar la culpa en la conducta del autor del daño en materia de responsabilidad médica, y en el presente caso no aportaron los elementos probatorios necesarios para endilgar la responsabilidad a la entidad.

En efecto, no es suficiente afirmar el daño alegado por la parte actora, para imputar la responsabilidad a la Clínica San Rafael como lo pretenden los demandantes. La culpa en cabeza del médico no se presume, por lo que es indispensable probar la conducta negligente, imperita o imprudente del demandado, así como el nexo causal entre ésta y el daño producido.

Como consta en la historia clínica, la menor ingresó a la Clínica por el servicio de urgencias el día 31 de julio de 2015, con un cuadro de 3 días de fiebre no cuantificada controlada con acetaminofén. Ante ello, se realizó un examen físico y se determinó la toma de paraclínicos y una revaloración posterior.

Luego, fue revalorada encontrando que la fiebre disminuyó un poco, sin presentar algún otro síntoma. Al obtener los resultados correspondientes, se ordenó una dosis de dipirona y se solicitó una radiografía de tórax, la cual mostró que existían infiltrados parahilares intersticiales derechos, razón por la cual, se determinó inicio de manejo antibiótico con amoxicilina.

El día 02 de agosto de 2015, la paciente consulta nuevamente urgencias con fiebre de 3 días, hiporexia y náuseas. Ante su ingreso, se ordenan nuevos paraclínicos con RX de tórax. La evolución de la paciente fue desfavorable, y para el día 03 de agosto de 2021 presentó abdomen con defensa muscular y dolor en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, razón por la cual, se solicitó ecografía abdominal y una valoración por cirugía pediátrica. Una vez valorada por esta especialidad, al evidenciarse irritabilidad a la palpación abdominal media y profunda, se decidió realizar tacto de abdomen.

El día 04 de agosto de 2015, ante la sintomatología de la paciente, se decidió llevarla a cirugía por posible apendicitis u otras patologías abdominales. Durante la cirugía se determinó que su apéndice se encontraba sano y se realizó una biopsia de ganglio mesentérico. Una vez finalizada, se pasa a piso de pediatría donde continúa con manejo hospitalario en conjunto con terapia respiratoria.

Posteriormente, el día 05 de agosto es evaluada nuevamente por cirugía pediátrica, encontrando que la paciente se encontraba en regulares condiciones generales, razón por la cual, horas después, ante la evolución desfavorable y el constante manejo, se decide llevarla a la unidad de cuidados intensivos pediátricos por taquipnea, distensión abdominal y deterioro radiológico. Allí se cambia manejo antibiótico y se transfunden plaquetas y glóbulos rojos, con reposición de albúmina. De igual forma, se realiza ecografía de abdomen compatible con íleo intestinal.

El día 06 de agosto la paciente presentó dificultad respiratoria, con progresión a falla, razón por la cual se toma la decisión de intubación orotraqueal y se adapta a ventilación mecánica. Ese mismo día, la paciente presentó desaturación súbita con asistolia, ante lo cual se inició ventilación con presión positiva y compresiones, se pasó dosis de adrenalina y se aumentó infusión de noradrenalina. Ante el mal estado general de la paciente, se realizó ecocardiograma que mostró hipertensión pulmonar severa con dilatación de cavidades. Después, la paciente presentó parada cardíaca, ante lo cual los galenos asistieron con masaje cardíaco externo y ventilación manual, sin obtener respuesta positiva. Luego de dos paros cardíacos más, la paciente falleció.

Del recuento de la historia clínica se evidencia que el personal médico obró con diligencia en la prestación del servicio, pues estuvo a disposición de la paciente ante la evolución de su sintomatología, efectuando los procedimientos necesarios ante cada uno de sus padecimientos, los cuales se encuentran en línea con las guías de manejo de urgencias y la *lex artis ad hoc*.

3. Inexistencia de nexo de causalidad.

No existe una relación entre la atención médica brindada a la paciente y su fallecimiento, pues este resultado no fue producto de una acción u omisión alguna de la Clínica o sus galenos.

Con relación al nexo causal, no existe relación de causalidad alguna entre el fallecimiento de la paciente y una conducta del personal médico. Como se indicó en puntos anteriores, la atención fue pertinente y oportuna frente a la sintomatología presentada, sin embargo, la complejidad de las afecciones que padecía la paciente desencadenó el resultado fatal.

En esta línea argumentativa la doctrina, encabezada por Javier Tamayo Jaramillo ha afirmado en referencia a la prueba del nexo causal:

“El demandante, debe tener absoluta claridad sobre los hechos que debe demostrar, pues de lo contrario la demanda estaría condenada al fracaso(...)

*(...) a la víctima le corresponde probar que el daño sufrido por ella es el comportamiento ilícito del agente”*⁷ (Subrayado y negrita fuera del texto)

Adicionalmente podemos encontrar que, para el caso, la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad –incluido por supuesto el nexo-, recae sobre el demandante; carga que no se ve satisfecha. Al respecto, la jurisprudencia ha determinado que el nexo causal es imprescindible en cuanto la conducta del demandado debe ser directa, necesaria y determinante para el daño. Es así pues como hay un amplio margen de duda acerca del dicho nexo rompe la precaria supuesta responsabilidad que se le atribuye a la Sociedad de Neurocirugía.⁸

No sobra recordar que la ciencia médica no puede garantizar un resultado. Lo único que el galeno puede hacer es determinar el tipo de riesgo al que el paciente se somete, lo que está positivamente reconocido por el ordenamiento jurídico colombiano aplicable a responsabilidad y ética médica:

“Decreto 3380 de 1981 artículo 13: Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento medico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar tratamiento o procedimiento médico.” (Subrayas y negritas están fuera del texto original)

En el caso que nos ocupa, es claro que a pesar de las actuaciones diligentes y peritas de los galenos de la Clínica, fue imposible evitar el resultado, pues la causa adecuada de la muerte de la paciente es la evolución tórpida de la enfermedad que padecía, al punto que los esfuerzos, a pesar de ser acertados, resultaron infructíferos, como puede ocurrir en la práctica médica.

De este modo, resulta claro que no se configuran los elementos de imputación de responsabilidad civil a la Clínica San Rafael en el *sub iudice*. Por tanto, debe exonerarse a la entidad de cualquier responsabilidad.

B. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO

La fuerza mayor o el caso fortuito, entendido como el evento externo que impide el cumplimiento del deudor o la producción de un daño, constituye una causal de exoneración de responsabilidad. Tal causal se configura cuando el hecho ocurrido fue: i) irresistible; ii) imprevisible; y iii) jurídicamente ajeno al causante del daño.

⁷ Javier Tamayo Jaramillo Tratado de Responsabilidad civil Tomo 1 Edición 4.ta Ed. Editorial Legis S.A Bogotá D.C. 2009. Pág. 252.

⁸ “El nexo causal es la determinación de que un hecho es la causa de un daño. En esa medida, en aras de establecer la existencia del nexo causal es necesario determinar si la conducta imputada (...) fue la causa eficiente y determinante del daño que dicen haber sufrido quienes deciden acudir ante el juez con miras a que les sean restablecidos los derechos conculcados.” Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección tercera, Subsección A, Consejera Ponente: Gladys Agudelo Ordoñez, 27 de Abril del 2011, Rad 85001-23-31-000-1999-00021-01(19155)

⁸ Corte Suprema de Justicia: Sentencia de la Sala de Casación Penal del 31 de enero de 2008

Dicho lo anterior, en el presente caso, tal y como quedará probado en este proceso, el fallecimiento de la paciente no obedeció de forma alguna a una falla en la atención brindada, sino a un hecho irresistible y ajeno a la entidad prestadora del servicio de salud como lo es la concreción de un riesgo propio de la enfermedad y una evolución desfavorable, tal y como se encuentra consignado en la histórica clínica obrante en el expediente.

Por lo anterior, es claro que la causa adecuada del daño no es una conducta activa u omisiva de la Clínica, sino que obedece a un riesgo propio de la enfermedad, configurándose un caso fortuito que excluye la responsabilidad total de la demandada.

C. LOS PERJUICIOS SOLICITADOS SON IMPROCEDENTES, ESTÁN EXCESIVAMENTE TASADOS Y NO ESTÁN PROBADOS

El artículo 167 del Código General del proceso dispone que *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*.

En el presente caso, los accionantes no han dado cumplimiento a la carga de acreditar la existencia y cuantía de las distintas tipologías de perjuicios que se reclaman. En consecuencia, se deberá rechazar de pleno las pretensiones planteadas, ya que no obra prueba determinante que verifique la existencia de estos. En el eventual y poco probable caso que el Juez considere que sí están demostrados, los mismos están sobreestimados, a saber:

1. Daño emergente

De acuerdo con el escrito de demanda, la parte actora pretende que se le indemnicen los gastos en que incurrieron y que no fueron pagados por la EPS.

Al respecto, debe ponerse de presente que, según el artículo 1614 del Código Civil, se entiende por daño emergente *“el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento”*. Teniendo en cuenta dicha definición, es claro que el daño emergente es una erogación que realiza la víctima con ocasión del hecho dañoso.

En el presente caso, la parte actora no aporta prueba que evidencie que haya efectuado erogación alguna con ocasión de los hechos invocados en el escrito de demanda. Por esta razón, los perjuicios solicitados resultan improcedentes y no se encuentran probados.

2. Respecto al Daño Moral

Respecto a las sumas que se reclaman bajo la presente modalidad, es imperante realizar una serie de precisiones. Con relación al daño moral, la parte actora solicita 200 salarios mínimos para cada uno de los padres de la menor.

Es evidente cómo el monto reclamado por el demandante es sumamente desajustado a los pronunciamientos que ha desarrollado la Sala de Casación Civil de la corte Suprema de Justicia. Esta Corporación ha fijado una serie de lineamientos que permiten dilucidar el monto en el que podría ser tasada la pérdida de un familiar cercano, a falta de consagración legal.

En uno de los casos más recientes, en el que se realizó un cálculo objetivo y ajustado del daño de ésta tipología, se fijó el daño moral en la suma de setenta y dos millones de pesos (\$72.000.000)⁹ para cada uno de los accionantes. Ahora bien, en el anterior caso el daño moral se dio **en razón a la muerte de un familiar del primer grado de consanguinidad**.

Basta con comparar sucintamente el monto reclamado en el presente caso, con el estudiado por la Corte Suprema de Justicia, para concluir que en el segundo de éstos la indemnización que se reconoció, idéntica a la impetrada en la demanda, fue otorgada bajo un supuesto de hecho sumamente gravoso, consistente en la muerte de una persona. Para el caso concreto, en la ponderación que debe realizar el h. Juez, se debe tener en cuenta el comportamiento del accionante frente al acaecimiento del daño, lo que daría lugar a negar esta pretensión, pues el daño reclamado de acreditarse solo se dio como consecuencia del actuar imprudente del paciente hoy demandante.

En consecuencia, frente a la poco probable emisión de una sentencia condenatoria que ignore la causa real de la muerte de la paciente, el mundo indemnizatorio debe ser reducido sustancialmente, como consecuencia de que los supuestos de hecho.

3. Respecto al Daño a la Vida en Relación

Por otro lado, por concepto de daño a la vida de relación, se reclama la suma correspondiente a 100 salarios mínimos para cada uno de los demandantes. Teniendo en cuenta la exuberante suma que reclama la parte demandante, es necesario recordar que, de acuerdo con los desarrollos realizados tanto por la doctrina y la jurisprudencia, es bien sabido que el daño moral y el daño de vida en relación no pueden ser reclamados indiscriminadamente. En otras palabras, no es dable acudir a la jurisdicción para exigir el pago de ambos rubros, con ocasión de las mismas consideraciones.

Esta completamente decantado por la doctrina y la jurisprudencia que el dolor y sufrimiento emocional, por profundo que sea, no puede ni debe utilizarse para justificar la causación del daño a la vida de relación, pues estos padecimientos le competen estrictamente al daño moral, categoría completamente distinta y cuya indemnización colma por completo.

En el caso concreto, la parte actora se limita a enumerar una serie de padecimientos, sin probar, cómo estos componen la esfera del daño a la vida de relación, o afectan sustancialmente el proyecto de vida de los demandantes. Por estas razones, carece de sentido solicitar la suma de 100smmlv por concepto de daño en vida de relación, sin siquiera justificar la razón del perjuicio. Adicionalmente, y recordando lo dicho por la Corte Suprema de Justicia, no reposa prueba alguna que permita soportar el daño alegado. En consecuencia no es dable acceder al reclamo de este rubro, y se le solicita al h. Juez que desestime dicha pretensión.

De otra parte, en las pretensiones de la demanda se hace referencia a la alteración en las condiciones de existencia. No se entiende si se trata de la misma solicitud de daño a la vida en relación, o es una pretensión adicional. En cualquier caso, se debe señalar que dicha tipología no es reconocida

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 7 de marzo de 2019. MP: Octavio Augusto Tejeiro Duque. Radicación no. 05001-31-03-016-2009-00005-01. En la misma se citan importantes referentes jurisprudenciales que delimitan los criterios a saber, y finalmente concuerdan en el límite indemnizatorio señalado.

actualmente ni en materia civil, ni de lo contencioso administrativo. Por tal razón, la parte actora está solicitando un perjuicio que resulta improcedente.

D. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Solicito al h. Juez declarar probada cualquier otra excepción que derive de lo que se pruebe en el curso del presente proceso y que impida que las pretensiones de la demanda en contra del Hospital Universitario Clínica San Rafael total o parcialmente.

VI. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. **Es cierto.**
2. **Es cierto.**
3. **Es cierto.** Sin embargo, es necesario indicar que la anterior póliza consta de determinados riesgos asegurados, exclusiones a la cobertura, valores asegurados, deducibles, límites y sublímites de indemnización, conforme a las cláusulas particulares y generales de la misma, y las normas que rigen el contrato de seguro. En ese sentido, puede haber responsabilidad del asegurado – o no haber- y no haber responsabilidad de la aseguradora si a la luz de la póliza no existe siniestro, o se está en presencia de exclusiones del riesgo amparado, o de limitaciones a la responsabilidad, o limitaciones a la cuantía indemnizable, derivadas de la suma asegurada o de la existencia de deducibles.

VII. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Respecto a la pretensión primera: no me opongo.

Respecto a la pretensión segunda: Me **opongo totalmente** a que, en caso de una sentencia condenatoria en contra del Hospital Clínica San Rafael, se ordene a La Previsora S.A. Compañía de Seguros a resarcir los perjuicios pretendidos por la parte demandante, en razón a que, como se podrá comprobar a lo largo del proceso, no existe sustento fáctico o legal para ordenar el pago de rubro indemnizatorio alguno. Adicionalmente, en el presente caso operaron varias exclusiones contenidas en la póliza de seguro, por las cuales mi representada limitó los amparos que concedió en virtud del contrato, y en consecuencia no debe pagar monto alguno.

VIII. EXCEPCIONES DE MÉRITO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO

A. NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO – INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADO Y ASEGURADORA

La eventual responsabilidad que se le pueda endilgar a La Previsora, se encuentra delimitada por el contrato de seguro celebrado, vínculo jurídico que según el artículo 1602 del Código Civil es Ley para las partes. Las obligaciones frente a las cuales se puede derivar una responsabilidad de la aseguradora no emanan directamente de los sucesos de los cuales se predica de la responsabilidad civil sino del contrato de seguro.

De lo anterior, debe quedar claro que en este proceso nos encontramos ante relaciones jurídicas distintas que no pueden confundirse: (i) la de la parte actora con la parte pasiva en virtud de las normas que regulan la responsabilidad extracontractual; y (ii) con la relación que tiene este último con La Previsora, la cual deberá examinarse exclusivamente a la luz del contrato de seguro y de la normativa que regula este contrato.

En consecuencia, en esta última relación habrá que ceñirse al alcance del riesgo asegurado, de las exclusiones establecidas en la póliza, a su vigencia, valores asegurados, límites de indemnización y, en general, a lo que se establece en las condiciones generales y particulares de la póliza y en los documentos que forman parte de ella, y en las normas legales que regulan el contrato de seguro.

En efecto, el artículo 1056 del código de Comercio establece al respecto:

“Con las restricciones legales, el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurada, el patrimonio o la persona del asegurado.”

La Corte Suprema de Justicia ha expresado que la relación entre la víctima, el asegurado y la compañía de seguros como consecuencia de la celebración de un contrato de seguro de responsabilidad civil, se encuentra regida por el contenido de ese negocio jurídico y por las normas especiales que regulan este tipo de seguro en el Código de Comercio. Al respecto ha sostenido que:

“...Conviene insistir una vez más que en lo tocante con la relación externa entre asegurador y víctima, la fuente del derecho de ésta estriba en la ley, que expresa e inequívocamente la ha erigido como destinataria de la prestación emanada del contrato de seguro, o sea, como beneficiaria de la misma (artículo 1127 C. de Co.). Acerca de la obligación condicional de la compañía (artículo 1045 C. de Co.), en efecto, ella nace de esta especie de convenio celebrado con el tomador, en virtud del cual aquélla sumirá, conforme a las circunstancias, la reparación del daño que el asegurado pueda producir a terceros y hasta por el monto pactado en el respectivo negocio jurídico, de suerte que la deuda del asegurador tiene como derecho correlativo el de la víctima- por ministerio de la ley para la indemnización de dicho detrimento, llegado el caso. Con todo, fundamental resulta precisar que aunque el derecho que extiende al perjudicado los efectos del contrato brota de la propia ley, lo cierto es que aquél no podrá pretender cosa distinta de la que eficazmente delimite el objeto negocial, por lo menos en su relación directa con el asegurador, que como tal está sujeta a ciertas limitaciones (...).”¹⁰

De manera que para que pueda configurarse la responsabilidad civil de la entidad aseguradora, en virtud de la póliza, no basta con que el asegurado haya sido condenado. Más allá de ello, el juez deberá indagar si a la luz de las estipulaciones del contrato de seguro hay lugar o no a que la aseguradora responda, previa consideración del alcance de los amparos, las exclusiones y demás cláusulas del mismo. Por lo anterior, pese a la existencia de una póliza de responsabilidad civil, puede darse el caso donde el asegurado sea condenado y la aseguradora sea relevada de dicho deber en razón del contenido del contrato de seguro.

B. CONFIGURACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 10 de febrero de 2005. M.P. César Julio Valencia Copete. Expediente: 7173.

El ordenamiento jurídico contempla la prescripción extintiva como una garantía a la seguridad jurídica y como una expresión del derecho de defensa del deudor en el marco de una relación obligacional. Conforme a esta institución jurídica, el acreedor debe exigir el cumplimiento de una obligación dentro de un término perentorio, so pena de que el deudor pueda alegar la negligencia de su contraparte al demorar en exceso el cobro de su acreencia, y así extinguir dicha obligación. Así, si el acreedor de una obligación deja de exigir la prestación por largo tiempo es de presumir que tal acreencia no le interesa, por lo cual su derecho pierde su razón de ser.

Dejando la mención anterior de lado, debe sostenerse que toda controversia suscitada a partir de un contrato de seguro se sujeta a las normas especiales de dicho contrato, incluyendo el término de prescripción. Con tal claridad, lo ha expuesto la H. Corte Suprema de Justicia:

*“[...] En otras palabras: Todas las acciones que tengan como soporte el contrato de seguro, sea que busquen la satisfacción del derecho, como acontece con la de ejecución, sea que persigan su esclarecimiento o reconocimiento, como sucede con las de naturaleza cognoscitiva, están sometidas inexorablemente a los plazos extintivos que prevé el artículo 1081 del ordenamiento comercial”.*¹¹ (Subrayado nuestro)

Teniendo claro lo anterior, se debe acudir al artículo 1081 del Código de Comercio que reza:

Art. 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes”. (subraya y negrilla nuestra)

Sobre la prescripción aplicable (ordinaria o extraordinaria), la doctrina ha sido enfática en determinar que la misma no está sometida a la voluntad de la víctima o del asegurado:

*“[...] no es que frente a las prescripciones el respectivo interesado pueda acogerse, según su conveniencia, a la ordinaria o a la extraordinaria. El código las regula sobre bases tales, que esa posibilidad de alternativa no es procedente”.*¹²

En igual sentido se pronunció la Corte Suprema de Justicia, adicionando que en cada caso es necesario determinar cuándo el interesado tuvo conocimiento de las circunstancias que dieron lugar a la acción:

“El artículo 1081 citado, efectivamente, prevé que la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria;

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 4 de marzo de 1989. Citada por SUESCÚN MELO, Jorge. Derecho Privado: Estudios de Derecho Civil y Comercial Contemporáneo. Tomo II. Segunda Edición. Bogotá D.C.: Legis, 2003. P. 629.

¹² LÓPEZ BLANCO, Hernán Fabio. Ob. cit. p. 443

que la primera de ellas será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; mientras que la segunda será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho".¹³ (Resaltado fuera de texto)

De lo anterior se colige que, estando presente el elemento subjetivo (conocimiento del hecho que da base a la acción), el término de prescripción aplicable es el de dos años (ordinaria).

Por su parte, el artículo 1131 del código de comercio establece:

"ARTÍCULO 1131. <OCURRENCIA DEL SINIESTRO>. <Artículo subrogado por el artículo 86 de la Ley 45 de 1990. El nuevo texto es el siguiente:> En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial."

Descendiendo al caso concreto, obra en el expediente prueba de que el día 16 de agosto de 2016, la parte actora presentó solicitud de conciliación extrajudicial a la Clínica San Rafael. En atención a lo dispuesto, el cómputo de la prescripción inició el día 17 de agosto de 2016 y finalizó el día 17 de agosto de 2018. De manera que, para la fecha en la cual se presentó el llamamiento en garantía, esto es, el 05 de abril de 2021, ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, en tanto transcurrieron más de dos años sin que se ejerciera la acción.

Por lo anterior, solicito al H. Juez declarar probada la excepción de prescripción y, en consecuencia, exonerar de responsabilidad a mi representada.

C. AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO CON RELACIÓN A LA PÓLIZA NO. 1011253 EXPEDIDA POR LA PREVISORA

El artículo 1757 del Código Civil, en relación con la carga probatoria, determina que le "Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta", disposición que se reitera en el Código General del Proceso, artículo 167, según el cual "Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen".

A su turno, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida y, al tratarse de un seguro de responsabilidad extracontractual que tiene naturaleza de seguro de daños, se le

¹³ Corte Suprema de Justicia - Sala de Casación Civil. Sentencia de 25 de mayo de 2011, M.P. Pedro Octavio Munar Cadena. Ref.:50001-31-03-003-2004-00142-01.

aplica el principio indemnizatorio, y la indemnización no podrá exceder el daño efectivamente sufrido, el cual debe ser demostrado por el asegurado, hasta concurrencia de la suma asegurada.^{14,15,16}

En el presente caso es evidente que no existe responsabilidad alguna de la Clínica San Rafael, pues la atención brindada fue perita, diligente y oportuna. Por tal razón, no se ha cumplido con la carga de demostrar el siniestro, ni su cuantía y, en ese sentido, no se ha cumplido el riesgo asegurado que predicen las normas que rigen el contrato de seguro.

D. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

De acuerdo a lo consagrado en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se haya agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna. En consecuencia, en caso de que se llegara a proferir un fallo en contra de los demandados asegurados, mi representada jamás podría ser condenada al pago de una suma superior a la contratada o que no se encontrara disponible por agotamiento del valor máximo asegurado en siniestros anteriores.

E. COBRO DE LO NO DEBIDO

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de noviembre de 2007, Exp. C-7600131030141999-01083-01, M.P. Jaime Alberto Arrubla. "Es precisamente por efecto de ese carácter indemnizatorio que, acorde con el artículo 1077 ejusdem, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como 'la cuantía de la pérdida'; es decir, que al demandar el pago de la indemnización debe probar no solamente los hechos a cuyo amparo estima se configuró el siniestro sino también la naturaleza de los daños padecidos y la extensión de los perjuicios sufridos a raíz de la realización del riesgo asegurado. Significa lo anterior que aquél, al pretender obtener el pago de la indemnización convenida, total o parcial, debe demostrar 'ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador'(sentencia 170 de 21 de septiembre de 2000, exp.#6140).". "...la obligación de indemnizar surge a cargo de la compañía aseguradora únicamente ante la prueba del daño y del monto del perjuicio, y que, por ende, el beneficiario carece derecho a ser indemnizado con base en la prueba del simple incumplimiento del tomador. Por lo mismo, puede decirse que el incumplimiento por parte del obligado, per se, no alcanza a configurar el siniestro contemplado en el artículo 1072 del Código de comercio salvo que, como consecuencia de tal desatención, se produzca un perjuicio real para el asegurado, vale decir, aquel que llegue evidentemente a materializarse en un auténtico desmedro patrimonial para éste.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, sentencia de 30 de julio de 2008, expediente No.11001-3103-036-1999-01458-01. M. P. William Namén. "Por ende, la obligación del asegurador no consiste en pagarle al acreedor-asegurado la suma de dinero que pretenda, sino indemnizarle el daño o perjuicio que, en estrictez, derive del incumplimiento imputable al deudor, que se le demuestre suficientemente y hasta concurrencia, claro está, de la suma asegurada" (cas. civ. 24 de julio de 2006, exp. 0019, cas.civ. 12 de diciembre de 2006 [SC-174-2006], exp. 11001-31-03-035-1998-00853-01).

Y, en torno de la carga probatoria, agrega, "dada su naturaleza jurídica, el beneficiario del seguro de cumplimiento, ante el acaecimiento del siniestro, debe demostrar ante la compañía aseguradora, ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador."

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Cas. Civ. de 7 de mayo de 2002. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Exp. 6181 "Tratándose como se anticipó, de una variante de los seguros de daños, que se encuentran sometidos al principio indemnizatorio consagrado por el artículo 1088 del C. de Co., la obligación del asegurador consiste en resarcir al acreedor el daño o perjuicio que deriva del incumplimiento del deudor, hasta concurrencia de la suma asegurada. Bajo tal perspectiva, acaecido el siniestro, con la realización del riesgo asegurado, es decir, con el incumplimiento de la obligación amparada, del cual dimana la obligación del asegurador, incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la ocurrencia del mismo, el menoscabo patrimonial que le irroga (perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado.

A propósito del perjuicio en este tipo de seguro y la prueba del mismo, la Corporación en sentencia de 21 de septiembre de 2000, explicó lo siguiente: "En lo que toca con la carga probatoria sobre el monto de los perjuicios debe decirse que su imposición y satisfacción por el asegurado se explica, de un lado, porque la aseguradora no hace las veces de fiador de deuda ajena, pues asume la propia estipulada en la póliza, de carácter condicional, por supuesto distinta de la que contrajo el deudor del contrato objeto de aseguramiento; y de otro lado, porque, contrario a lo que sostiene la censura, el seguro de cumplimiento de que aquí se trata no es un seguro de valor admitido que permita deducir que el valor de la indemnización a cargo del asegurador es igual al valor asegurado que aparece en la póliza."

Como se demostrará a lo largo del proceso, Previsora no debe suma alguna a la parte demandante.

Fundamento esta excepción en las normas que regulan la responsabilidad en el Código Civil y en el Código de Comercio, así como sus normas complementarias.

F. LIMITACIÓN CONTRACTUAL AL MONTO INDEMNIZABLE Y ALCANCE MÁXIMO DE UNA HIPOTÉTICA CONDENA

Como ha quedado expuesto en párrafos anteriores, la responsabilidad de mi poderdante se encuentra delimitada por las disposiciones contenidas en el Contrato de Seguro celebrado, vínculo jurídico que según el artículo 1602 del Código Civil es ley para las partes.

En el hipotético e improbable caso de que se presente una condena contra La Previsora, a la hora de valorar el monto es necesario atender a las condiciones de la póliza, con objeto de determinar la limitación contractual al monto indemnizable.

De conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, en concordancia con el artículo 1089 *ibídem*, la responsabilidad del asegurador va hasta el límite de la suma asegurada, sobre la base de que se demuestre el siniestro y la cuantía de la pérdida, y no puede exceder del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o beneficiario. Adicionalmente, existe otro límite legal a la indemnización, previsto en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual la indemnización no podrá exceder del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario. Ni el seguro puede ser fuente de enriquecimiento para el asegurado, por disposición del artículo 1088 *ibídem*.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que, de acuerdo con el numeral 1.4. del condicionado general de la póliza, la indemnización originada por daños morales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite del 50% de la suma asegurada, establecido en la carátula de la póliza, **y no podrá ser superior a \$50.000.000 por vigencia.**

Por lo anterior, solicito a la H. Juez que, en el hipotético e improbable caso en el que Previsora sea condenada, dé aplicación a las normas antes mencionadas y, en consecuencia, la obligación de reembolso o de resarcimiento deberá circunscribirse al valor de cada uno de los amparos asegurados de manera independiente y excluyente el uno del otro, conforme al contrato de seguro, sus anexos, condiciones particulares y generales.

G. PAGO DEL DEDUCIBLE

En virtud del art. 1079 del C. de Co., *“el asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”*.

En tal sentido, en el improbable evento en que se condene a mi representada, el monto a indemnizar por parte de Chubb está restringido por el límite del valor asegurado pactado en la póliza de seguro, con **un deducible del 10%, mínimo \$10.000.000** para la cobertura de RC Clínicas y Hospitales.

H. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Solicito a la h. Juez declarar probada cualquier otra excepción que derive de lo que se pruebe en el curso del presente proceso y que impida que las pretensiones de la demanda en contra de Previsora prosperen total o parcialmente.

IX. PRUEBAS

A. DOCUMENTALES

Con fundamento en el artículo 165 del Código General del Proceso, al igual que los artículos 243 y siguientes del mismo estatuto, solicito se tengan como tales las que obran ya en el expediente y las que se aportan con el presente escrito.

1. Póliza Seguro Responsabilidad Civil Póliza Responsabilidad Civil No. 1011253 emitida por La Previsora S.A. Compañía de Seguros.
2. Condiciones Generales de la Póliza Seguro Responsabilidad Civil Póliza Responsabilidad Civil

B. TESTIMONIALES

En los términos de los artículos 212 y siguientes del Código General del Proceso, solicito se sirva citar a audiencia a las personas que relaciono a continuación, con el objeto de que rindan testimonio sobre los hechos que se especifican también a continuación, con base en el interrogatorio que oralmente les formularé en la misma audiencia:

1. **DIANA RUIZ**, mayor de edad, -se desconoce su C.C.-, médico pediatra del Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser localizada en la cra 8 no 17-45 sur de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado de la Clínica San Rafael para que deponga sobre la atención suministrada a la paciente y demás aspectos médicos y administrativos y en general todo lo que le conste en relación con los hechos de la demanda.
2. **LUIS RAMÍREZ**, mayor de edad, -se desconoce su C.C.-, médico pediatra del Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser localizado en la cra 8 no 17-45 sur de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado de la Clínica San Rafael para que deponga sobre la atención suministrada a la paciente y demás aspectos médicos y administrativos y en general todo lo que le conste en relación con los hechos de la demanda.
3. **ANGELA MARÍA PEDRAZA**, mayor de edad, -se desconoce su C.C.-, gestora de pediatría del Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser localizada en la cra 8 no 17-45 sur de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado de la Clínica San Rafael para que deponga sobre la atención suministrada a la paciente y demás aspectos médicos y administrativos y en general todo lo que le conste en relación con los hechos de la demanda.
4. **CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ**, mayor de edad, -se desconoce su C.C.-, gestor de cirugía general del Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser localizado en la cra 8 no 17-45 sur de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado de la Clínica San Rafael para que deponga sobre la atención suministrada a la paciente y demás aspectos médicos y administrativos y en general todo lo que le conste en relación con los hechos de la demanda.

5. **GIOMAR CORVACHO** mayor de edad, -se desconoce su C.C.-, médico pediatra intensivista del Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser localizado en la cra 8 no 17-45 sur de la ciudad de Bogotá o a través del apoderado de la Clínica San Rafael para que deponga sobre la atención suministrada a la paciente y demás aspectos médicos y administrativos y en general todo lo que le conste en relación con los hechos de la demanda.

X. ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de La Previsora S.A expedido por la Superintendencia Financiera, que ya obra en el expediente.
2. Poder otorgado por La Previsora S.A. a Lexia Abogados SAS
3. Las pruebas documentales enunciada en el capítulo de pruebas.

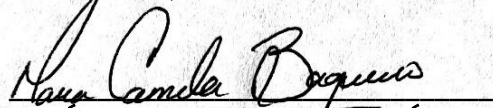
XI. NOTIFICACIONES

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la Calle 57 # 9 - 07, Bogotá D.C, o en el correo electrónico para notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

LA SUSCRITA APODERADA: Dirección de notificación Calle 110 # 09 – 25 oficina 813 en la ciudad de Bogotá D.C. Dirección de Correo: m.baquero@lexia.co

De la H. Juez.

Atentamente,



MARÍA CAMILA BAQUERO GUARÁN
C. C. No. 1.083.007.108. de Santa Marta
T. P. No. 312.100 del C. S. de la J

PÓLIZA N°

1011253

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS
NIT. 860.002.400-2PREVISORA
SEGUROS

13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD			CERTIFICADO DE				N° CERTIFICADO		CIA. PÓLIZA LÍDER N°		CERTIFICADO LÍDER N°				A.P.				
DÍA	MES	AÑO	RENOVACION				53								NO				
9	9	2015																	
TOMADOR		2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES										NIT		860.019.014-7					
DIRECCIÓN		CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA										TELÉFONO		3730333					
ASEGURADO		2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES										NIT		860.019.014-7					
DIRECCIÓN		CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA										TELÉFONO		3730333					
EMITIDO EN			BOGOTA			CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN			VIGENCIA							NÚMERO DE DÍAS	
MONEDA			Pesos					DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	DESDE AÑO	A LAS	DÍA	MES	HASTA AÑO		A LAS
TIPO CAMBIO			1.00			3202	32	9	9	2015	5	8	2015	00:00	1	1	2017	00:00	515
CARGAR A: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES										FORMA DE PAGO 23. AUTORIZACION VIC				VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00					

Riesgo: 1 - ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS
CARRERA 8 NO 17-44 SUR, SANTA FE DE BOGOTA DC, BOGOTA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	253,972,602.74
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	320,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	160,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 \$	NINGUNO	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 000

100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***253,972,602.74
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**40,635,616.44

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS \$*294,608,219.18

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/FacturaPrevisora/portaladquiriente/pages/auth/portallogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación. Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020. Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016. Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

10/11/2022 10:01:19

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPANÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1188	1	SANTIAGO VELEZ Y ASOCI	

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA LA RENOVACION DE LA PÓLIZA DE ACUERDO A TERMINOS Y CONDICIONES ADJUNTAS

TOMADOR NOMBRE: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES

NIT: 8600190147

DIRECCIÓN: CARRERA 8 # 17-44 - SUR

ASEGURADOS

- 1.ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS NIT 860.019.014-7
- 2.CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ NIT 860.015.905-6
- 3.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (CHÍA) NIT 860.027.393-7
- 4.CLÍNICA PSIQUIÁTRICA SAN JUAN DE DIOS NIT 890.801.495-9
- 5.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (LA CEJA, ANTIOQUIA) NIT 890.905.154-1
- 6.CLÍNICA SAN JOSE NIT 890.300.517-2
- 7.HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO NIT 891.200.274-2
- 8.HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ NIT: 860.015.888-9
- 9.FUNDACIÓN DE DIAGNOSTICO NUESTRA SEÑORA DEL BUEN CONSEJO - NIT 900.244.294-0

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BOGOTÁ -

VIGENCIA: DESDE 05/08/2015 Y HASTA 31/12/2016.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: Junio 01 de 2007.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 9% + IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$10.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 8% por evento y 16% en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente)
 2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Perjuicios patrimoniales, incluye daño emergente y lucro cesante
 2. No aplica cláusula de Arbitramento y/o compromisoria, de los clausulados general y particular.
 3. Revocación de la póliza, el presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. la compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 90 días de anticipación y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la ley 35 de 1993. en caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro siempre y cuando no se presente siniestralidad en la vigencia que se realiza la revocación; en caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
 4. Anticipo de indemnización, hasta el 75% previa demostración de la ocurrencia y cuantía
 5. Amparo para nuevos predios con aviso 60 días y cobro de prima adicional.
 6. Ampliación aviso de siniestro 30 días.
 7. Designación de ajustadores de mutuo acuerdo, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.
 8. Experticio técnico, queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la compañía y el asegurado en cuanto a si el siniestro constituye una pérdida total o parcial o con relación a otros aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos expertos en la actividad que desarrolla el asegurado, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del código de comercio
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

9. Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, el pago se realizará con la declaración o manifestación de culpabilidad del asegurado por escrito, siempre y cuando su responsabilidad sea evidente.

10. Conocimiento del riesgo

11. Errores, omisiones e inexactitudes no intencionales.

12. Honorarios profesionales de consultores, auditores, interventores, entre otros, los cuales se encuentran incluidos dentro del sublímite establecido para gastos de defensa

13. Modificaciones a favor del asegurado

14. Pagos de indemnización a elección del beneficiario

15. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.

16. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:

a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.

b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.

c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.

d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.

17. Se modifica el literal B del amparo 1.1. incluido en el clausulado general RCP-006-3 de la siguiente manera: Previsora se obliga a cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto medico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto a) anterior. en este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado, siempre que la conducta de estos haya sido dolosa.

18. Responsabilidad civil contractual: queda entendido, convenido y aceptado que por medio de la presente cláusula se ampara la responsabilidad civil contractual en que incurra el asegurado, con ocasión de las actividades profesionales de la salud desarrolladas en el territorio nacional. Se excluye todo lo relacionado con actividades administrativas.

19. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.

20. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

21. Todo endoso modificatorio que el cliente requiera deberá tener un costo de \$7.000+ IVA, excepto los relacionados con licitaciones

IDENTIFICACION DEL PAGO

POLIZA No. 1011253

CERTIFICADO No. 53



LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

LLAME GRATIS: EN BOGOTA AL 3487555, Y FUERA DE BOGOTA AL 018000910554

Ramo

RESPONSABILIDAD CIVIL

Sucursal

CENTRO EMPRESARIAL CORPORATIVO

Valor Prima

\$253,972,602.74

Valor IVA

\$40,635,616.44

Tomador

2571267 - ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES

F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA	F. Pago	Gastos	Valor Prima	Valor IVA
30/10/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.36	***5,079,452.09	02/05/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05
30/11/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05	02/06/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05
30/12/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05				
01/02/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05				
01/03/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05				
01/04/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05				

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el Artículo 1068 " la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato"

SISE-CAR-010-1

CONVENIO DE PAGO: 23. AUTORIZACION VIC. COMERCIAL



LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS - NIT. 860.002.400-2

CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS CELEBRADO ENTRE LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES

En ejercicio de la facultad conferida por el artículo 1066 del Código de Comercio, las partes de común acuerdo establecen que las primas, impuestos a las ventas y gastos que se causen por concepto de expedición de las pólizas que se relacionan en este documento por valor total de \$ 294,608,219.18, serán pagadas en los siguientes plazos.

Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.	Cta. No.	Fecha	Gastos	Valor Prima	Valor Iva.
1	30/10/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.36	***5,079,452.09	7	02/05/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05
2	30/11/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05	8	02/06/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05
3	30/12/2015	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05					
4	01/02/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05					
5	01/03/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05					
6	01/04/2016	\$*****0.00	\$**31,746,575.34	***5,079,452.05					

La mora en el pago de cualquiera de las presentes cuotas, producirá la terminación automática del contrato de seguros, a partir de la fecha en que éste se presente, y dará derecho a la Aseguradora al cobro de las primas devengadas y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

El presente anexo forma parte integral de las siguientes pólizas :

POLIZA	RAMO	CERTIFICADO	VALOR ASEGURADO
1011253	RESPONSABILIDAD CIVIL	53	\$2,000,000,000.0

En contancia se firma el presente documento en la ciudad de BOGOTA a los 9 días del mes de SEPTIEMBRE de 2015

AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGO

El tomador o asegurado autoriza expresamente a la COMPAÑÍA, para consultar las bases de datos o centrales de riesgo relativas al manejo financiero y al cumplimiento de obligaciones crediticias, que permitan un conocimiento adecuado del tomador, así como para reportar a dichas bases de datos los aspectos que la compañía considere pertinentes en relación con el contrato de seguros al que accede la presente cláusula.

REPRESENTANTE LEGAL O TOMADOR DE LA POLIZA

LA PREVISORA S.A. CIA. DE SEGUROS
GERENTE

APRECIADO CLIENTE

Recuerde lo dispuesto en el artículo 1068 "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato".

SISE-CAR-009-1



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
DÍA 9	MES 9	AÑO 2015	RENOVACION	53	NO
TOMADOR 2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				NIT 860.019.014-7	
DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA				TELÉFONO 3730333	
ASEGURADO 2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				NIT 860.019.014-7	
DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA				TELÉFONO 3730333	
EMITIDO EN	BOGOTA	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN	VIGENCIA
MONEDA	Pesos			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
TIPO CAMBIO	1.00	3202	32	9 9 2015	5 8 2015 00:00
CARGAR A: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				FORMA DE PAGO 23. AUTORIZACION VIC	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00

Riesgo: 1 - ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS
CARRERA 8 NO 17-44 SUR, SANTA FE DE BOGOTA DC, BOGOTA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	253,972,602.74
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	320,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	160,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 \$	NINGUNO	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

Documento

Porcentaje Tipo Benef

TERCEROS AFECTADOS

NIT 000

100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***253,972,602.74
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**40,635,616.44

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$*294,608,219.18

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

10/11/2022 10:01:19

Carbafucho

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1188	1	SANTIAGO VELEZ Y ASOCI	15.00 38,095,890.4

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA LA RENOVACION DE LA PÓLIZA DE ACUERDO A TERMINOS Y CONDICIONES ADJUNTAS

TOMADOR NOMBRE: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES

NIT: 8600190147

DIRECCIÓN: CARRERA 8 # 17-44 - SUR

ASEGURADOS

- 1.ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS NIT 860.019.014-7
- 2.CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ NIT 860.015.905-6
- 3.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (CHÍA) NIT 860.027.393-7
- 4.CLÍNICA PSIQUIÁTRICA SAN JUAN DE DIOS NIT 890.801.495-9
- 5.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (LA CEJA, ANTIOQUIA) NIT 890.905.154-1
- 6.CLÍNICA SAN JOSE NIT 890.300.517-2
- 7.HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO NIT 891.200.274-2
- 8.HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ NIT: 860.015.888-9
- 9.FUNDACIÓN DE DIAGNOSTICO NUESTRA SEÑORA DEL BUEN CONSEJO - NIT 900.244.294-0

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BOGOTÁ -

VIGENCIA: DESDE 05/08/2015 Y HASTA 31/12/2016.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: Junio 01 de 2007.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 9% + IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$10.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 8% por evento y 16% en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente)
 2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Perjuicios patrimoniales, incluye daño emergente y lucro cesante
 2. No aplica cláusula de Arbitramento y/o compromisoria, de los clausulados general y particular.
 3. Revocación de la póliza, el presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. la compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 90 días de anticipación y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la ley 35 de 1993. en caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro siempre y cuando no se presente siniestralidad en la vigencia que se realiza la revocación; en caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
 4. Anticipo de indemnización, hasta el 75% previa demostración de la ocurrencia y cuantía
 5. Amparo para nuevos predios con aviso 60 días y cobro de prima adicional.
 6. Ampliación aviso de siniestro 30 días.
 7. Designación de ajustadores de mutuo acuerdo, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.
 8. Experticio técnico, queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la compañía y el asegurado en cuanto a si el siniestro constituye una pérdida total o parcial o con relación a otros aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos expertos en la actividad que desarrolla el asegurado, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del código de comercio
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

9. Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, el pago se realizará con la declaración o manifestación de culpabilidad del asegurado por escrito, siempre y cuando su responsabilidad sea evidente.

10. Conocimiento del riesgo

11. Errores, omisiones e inexactitudes no intencionales.

12. Honorarios profesionales de consultores, auditores, interventores, entre otros, los cuales se encuentran incluidos dentro del sublímite establecido para gastos de defensa

13. Modificaciones a favor del asegurado

14. Pagos de indemnización a elección del beneficiario

15. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.

16. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:

a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.

b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.

c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.

d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.

17. Se modifica el literal B del amparo 1.1. incluido en el clausulado general RCP-006-3 de la siguiente manera: Previsora se obliga a cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto medico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto a) anterior. en este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado, siempre que la conducta de estos haya sido dolosa.

18. Responsabilidad civil contractual: queda entendido, convenido y aceptado que por medio de la presente cláusula se ampara la responsabilidad civil contractual en que incurra el asegurado, con ocasión de las actividades profesionales de la salud desarrolladas en el territorio nacional. Se excluye todo lo relacionado con actividades administrativas.

19. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.

20. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

21. Todo endoso modificatorio que el cliente requiera deberá tener un costo de \$7.000+ IVA, excepto los relacionados con licitaciones



13 SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PÓLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITUD	CERTIFICADO DE	N° CERTIFICADO	CIA. PÓLIZA LÍDER N°	CERTIFICADO LÍDER N°	A.P.
DÍA 9	MES 9	AÑO 2015	RENOVACION	53	NO
TOMADOR 2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				NIT 860.019.014-7	
DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA				TELÉFONO 3730333	
ASEGURADO 2571267-ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				NIT 860.019.014-7	
DIRECCIÓN CARRERA 8 # 17-44 - SUR, BOGOTA, CUNDINAMARCA				TELÉFONO 3730333	
EMITIDO EN	BOGOTA	CENTRO OPER	SUC.	EXPEDICIÓN	VIGENCIA
MONEDA	Pesos			DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
TIPO CAMBIO	1.00	3202	32	9 9 2015	5 8 2015 00:00
CARGAR A: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES				FORMA DE PAGO 23. AUTORIZACION VIC	VALOR ASEGURADO TOTAL \$ 2,000,000,000.00

Riesgo: 1 - ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS
CARRERA 8 NO 17-44 SUR, SANTA FE DE BOGOTA DC, BOGOTA

Categoría: 1-R.C CLINICAS Y HOSPITALES

AMPAROS CONTRATADOS

No.	Amparo	Valor Asegurado	AcumVA	Prima
5	COBERTURA R.C. CLINICAS Y HOSPITALES	2,000,000,000.00	SI	253,972,602.74
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
1	** USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO Y TERAP	2,000,000,000.00	NO	0.00
2	** ERRORES U OMISIONES PROFESIONALES	2,000,000,000.00	NO	0.00
4	**PAGO DE CAUSASIONES, FIANZAS Y COSTAS	2,000,000,000.00	NO	0.00
6	** PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	2,000,000,000.00	NO	0.00
9	PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES	400,000,000.00	NO	0.00
	Deducible: 10.00% DEL VALOR DE LA PERDIDA	Mínimo 10,000,000.00 \$	NINGUNO	
10	GASTOS DE DEFENSA		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	320,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	160,000,000.00		
	Deducible: 10.00% DE LOS GASTOS JUDICIALES	Mínimo 0.00 \$	NINGUNO	
7	GASTOS MEDICOS		NO	0.00
	LIMITE AGREGADO ANUAL	200,000,000.00		
	LIMITE POR EVENTO O PERSONA	100,000,000.00		

BENEFICIARIOS

Nombre/Razón Social

TERCEROS AFECTADOS

Documento

NIT 000

Porcentaje Tipo Benef

100.000 % NO APLICA

RCP-006-4 - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIO

Texto Continua en Hojas de Anexos...

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. (artículos 81 y 82 de la Ley 45/90 y artículo 1068 del Código del Comercio). El pago tardío de la prima no rehabilita el contrato. En este caso la compañía solo se obliga a devolver la parte no devengada de la prima extemporáneamente.

La prima pactada en moneda extranjera en la presente póliza, será pagada por el tomador de la póliza, en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se efectúe el pago. El impuesto sobre las ventas que grava los contratos de seguros en moneda extranjera, se pagará en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado (TRM) certificada por la Superintendencia Financiera de Colombia, vigente para la fecha en la cual se emita la póliza, anexo, renovación, cancelación, nota crédito o nota débito.

PRIMA	\$***253,972,602.74
GASTOS	\$*****0.00
IVA	\$**40,635,616.44

TOTAL VALOR A PAGAR EN PESOS

\$*294,608,219.18

La factura electrónica de la presente póliza podrá ser descargada desde el link <https://facturaseguros.transfiriendo.com/IFacturaPrevisora/portadadquiriente/pages/auth/portalogin>, en los campos Usuario y Contraseña, digitar el No. Identificación.
Somos Grandes Contribuyentes según Resolución No. 9061 del 10 de diciembre de 2020.
Las primas de seguros no son sujetas a retención en la fuente, según Decreto Reglamentario No. 2509 de 1985 adicionado en el artículo 1.2.4.9.3. del DUR en materia tributaria 1625 de 2016.
Somos entidad de economía mixta, en la que el estado tiene participación superior al 90%, por lo tanto, abstenerse de practicar retenciones de industria y comercio.

10/11/2022 10:01:19

Carbafucho

FIRMA Y SELLO AUTORIZADO

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPAÑÍA	%	PRIMA	CLAVE	CLASE	NOMBRE	COMISIÓN
				1188	1	SANTIAGO VELEZ Y ASOCI	15.00 38,095,890.4

HOJA ANEXA No. 1 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA LA RENOVACION DE LA PÓLIZA DE ACUERDO A TERMINOS Y CONDICIONES ADJUNTAS

TOMADOR NOMBRE: ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y LAS INSTITUCIONES

NIT: 8600190147

DIRECCIÓN: CARRERA 8 # 17-44 - SUR

ASEGURADOS

- 1.ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS NIT 860.019.014-7
- 2.CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ NIT 860.015.905-6
- 3.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (CHÍA) NIT 860.027.393-7
- 4.CLÍNICA PSIQUIÁTRICA SAN JUAN DE DIOS NIT 890.801.495-9
- 5.CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS (LA CEJA, ANTIOQUIA) NIT 890.905.154-1
- 6.CLÍNICA SAN JOSE NIT 890.300.517-2
- 7.HOSPITAL SAN RAFAEL DE PASTO NIT 891.200.274-2
- 8.HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ NIT: 860.015.888-9
- 9.FUNDACIÓN DE DIAGNOSTICO NUESTRA SEÑORA DEL BUEN CONSEJO - NIT 900.244.294-0

BENEFICIARIOS: USUARIOS DEL SERVICIO / TERCEROS AFECTADOS

CIUDAD: BOGOTÁ -

VIGENCIA: DESDE 05/08/2015 Y HASTA 31/12/2016.

OBJETO DEL SEGURO

Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.

ACTIVIDAD: Institución prestadora de Servicios de Salud

MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE

CLAUSULADO: Clausulado Previsora RCP-006-4

RETROACTIVIDAD: Junio 01 de 2007.

ÁMBITO TERRITORIAL: Colombia

JURISDICCIÓN: Colombia

LÍMITE ASEGURADO: \$2.000.000.000 evento / vigencia

COSTO ANUAL DEL SEGURO: Tasa de 9% + IVA

DEDUCIBLES:

1. Gastos médicos: Sin deducible
2. Gastos de defensa: 10% de los gastos incurridos
3. Demás amparos: 10% del valor de la pérdida, mínimo \$10.000.000

SUBLÍMITES

1. Gastos judiciales, de defensa o de abogados: sublimitado a 8% por evento y 16% en el agregado anual. Solo se reconocerá como honorarios profesionales aquellos establecidos en las tarifas de los colegios de abogados de la respectiva ciudad, previa aplicación del deducible pactado.
2. Gastos médicos de emergencia, sublimitado a 5% por evento y 10% por vigencia. Se entiende aquellos gastos médicos, quirúrgicos, de ambulancia, hospitalarios, de enfermeras y de medicamentos prestados a terceros en que se incurran hasta tres (3) días calendario siguientes al accidente y sin aplicación de deducible; se excluyen reclamaciones de empleados y contratistas del asegurado, excepto en los casos que reciban servicio o atención médica como "pacientes" del asegurado
3. Perjuicios extrapatrimoniales, sublimitado a 10% por evento y 20% en el agregado anual. Siempre que se deriven de un daño material, lesión corporal cubierto por la póliza.

Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 2 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: RENOVACION

53

AMPAROS

Responsabilidad civil profesional médica:

1. Indemnizar al asegurado por cualquier suma de dinero que este deba pagar a un tercero en razón a la responsabilidad civil en que incurra, exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos que sean reclamados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza y hasta los límites establecidos en la caratula de la póliza.
2. Cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto médico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto anterior. En este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado.
3. Así mismo, Previsora se obliga a dar la cobertura anteriormente descrita al asegurado, en el evento en que el reclamo se produzca como consecuencia de asistencia médica de emergencia a persona o personas, en cumplimiento de una obligación legal y/o un deber de humanidad generalmente aceptado.
4. Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos reconocidos por las instituciones científicas legalmente reconocidas, salvo aquellos de carácter científico-experimental autorizados por escrito por previsora en las condiciones particulares, la utilización de los cuales representaría el último remedio para el "paciente" a raíz de su condición.
5. Actos médicos realizados por el asegurado, o bajo su dirección, supervisión o aprobación, o realizados en los predios y/o con los equipos del asegurado, con habilitación legal y/o licencia para practicar la medicina y proveer servicios y/o tratamientos médicos, excepto en los casos en que no exista ya sea que haya sido suspendida o revocada, o haya expirado, o no haya sido renovada por las autoridades sanitarias y/u otras autoridades competentes.

Responsabilidad civil general:

6. Responsabilidad civil del asegurado que provenga de un "evento" que cause "daños materiales" y/o "lesiones corporales" a terceros, derivados de la propiedad, arriendo o usufructo de los predios detallados en la solicitud de seguro como en la carátula de esta póliza y dentro de los cuales se desarrollan las actividades médicas propias del asegurado.
7. Responsabilidad civil del asegurado por "lesiones corporales" a terceros, como consecuencia directa del suministro de productos necesarios en la prestación de los servicios propios de la actividad médica de la institución asegurada, tales como comidas, bebidas, medicamentos, drogas u otros productos o materiales médicos, quirúrgicos o dentales. Los productos elaborados o fabricados por el asegurado o bajo su supervisión directa deberán ser elaborados o fabricados conforme a receta médica. Para tal efecto, el asegurado deberá contar con previa licencia, autorización o habilitación oficial y/o deberá haber hecho registrar previamente dicho producto ante la autoridad competente, habiendo obtenido de dicha autoridad la licencia, autorización o habilitación respectiva.
8. Responsabilidad por todo concepto de "costas, gastos, intereses, constitución de cauciones o fianzas y honorarios por cualquier demanda infundada o no, que se proponga en contra del asegurado o previsora por razón de errores y omisiones del asegurado, hasta los sublímites establecidos en la caratula de la póliza, por todos los acontecimientos formulados y notificados por primera vez durante la vigencia de la póliza. para la constitución de cauciones se tendrá una tasa máxima del 8%.
9. La indemnización originada por daños perjuicios extrapatrimoniales derivados de alguna reclamación se cubrirá hasta el sublímite establecidos en la caratula de la póliza, el cual aplicará dentro de la suma asegurada y no en adición a esta.
10. Este seguro cubre la responsabilidad civil del asegurado por el "acto médico" o "evento", que diera origen a los "daños materiales" y/o "lesiones corporales" alegados, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:
 - a) Que dicho acto médico haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 - b) Que el tercero o sus causahabientes formulen su reclamo y lo notifiquen fehacientemente, por escrito, durante el periodo de vigencia de la presente póliza, su renovación o durante el periodo de extensión de denuncias.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación expresa en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

1. Cirugía cosmética (cirugía plástica practicada por razones claramente diferentes de la corrección de anomalías congénitas o desfiguración como resultado de un accidente)
 2. Todo tipo de reclamaciones relacionadas directa o indirectamente con SIDA/HIV y/o Hepatitis, cualquiera que fuere su causa u origen.
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 3 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

3. Con respecto a productos y equipos para el diagnóstico o la terapéutica no se cubre la responsabilidad civil de los fabricantes, suministradores o personal externo responsable del mantenimiento de los mismos.
4. La responsabilidad para con la institución asegurada, propia de las personas con funciones de dirección o administración, tales como directores ejecutivos, miembros de junta directiva, síndicos, gerentes y administradores.
5. Responsabilidad civil por daños a bienes o inmuebles bajo cuidado, custodia o control del asegurado.
6. El incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de acto médico.
7. La responsabilidad civil profesional individual propia de médicos y/u odontólogos, o de cualquier profesional de la salud.
8. Actos médicos que importen daños por contaminación de sangre cuando el asegurado y/o sus empleados, con o sin relación de dependencia, no hubiese cumplido con todos los requisitos y normas nacionales e internacionales exigibles a un profesional médico en el ejercicio de su profesión, incluyendo pero no limitándose a la aceptación, prescripción, control, almacenamiento, conservación y transfusión de sangre, sus componentes y/u hemoderivados y a la asepsia de áreas, instrumentos y equipos donde y con los cuales se lleven a cabo dichos actos médicos.
9. La transmisión de enfermedades del asegurado a sus pacientes durante la prestación de servicios y/o tratamientos cuando el asegurado sabe o debería saber que es portador de una enfermedad que por su contagiosidad o transmisibilidad, habría impedido a un profesional de la salud razonablemente capacitado y prudente en el ejercicio de su profesión, prestar servicios y/o tratamientos a "pacientes" en general, o un servicio y/o tratamiento en particular.
10. El incumplimiento al deber del secreto profesional por parte del asegurado.
11. Actos médicos que se efectúen con el objeto de lograr modificaciones y/o cambios de sexo y/o sus características distintivas, aunque sea con el consentimiento del "paciente". de la ineficiencia de cualquier tratamiento cuyo objetivo sea el impedimento o la provocación de un embarazo o de una Procreación
12. La falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios públicos, tales como electricidad, agua, gas y teléfono.
13. Toda responsabilidad civil y/o penal como consecuencia de abandono y/o negativa de atención al "paciente".
14. El resultado esperado de los procedimientos realizados.
15. Prestación de servicios médicos domiciliarios
16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros
17. Errores e inexactitudes diferentes a la prestación del servicio de salud.
18. Renovación automática.
19. Restablecimiento de la suma asegurada
20. R.C. Profesional del área o actividades netamente administrativas.

CONDICIONES PARTICULARES.

1. Perjuicios patrimoniales, incluye daño emergente y lucro cesante
 2. No aplica cláusula de Arbitramento y/o compromisoria, de los clausulados general y particular.
 3. Revocación de la póliza, el presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. la compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 90 días de anticipación y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la ley 35 de 1993. en caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro siempre y cuando no se presente siniestralidad en la vigencia que se realiza la revocación; en caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.
 4. Anticipo de indemnización, hasta el 75% previa demostración de la ocurrencia y cuantía
 5. Amparo para nuevos predios con aviso 60 días y cobro de prima adicional.
 6. Ampliación aviso de siniestro 30 días.
 7. Designación de ajustadores de mutuo acuerdo, el asegurado se reservará el derecho de aceptar o solicitar el cambio de los mismos en caso de que no fueren de su entera satisfacción, sin que para ello se requiera motivación alguna.
 8. Experticio técnico, queda entendido, convenido y aceptado que en el evento de existir discrepancia entre la compañía y el asegurado en cuanto a si el siniestro constituye una pérdida total o parcial o con relación a otros aspectos de orden técnico, la cuestión será sometida a la decisión de peritos expertos en la actividad que desarrolla el asegurado, según los intereses afectados por el siniestro, siguiendo el procedimiento que para tal regulación prevén los artículos 2026 y siguientes del código de comercio
- Texto Continúa en Hojas de Anexos...

HOJA ANEXA No. 4 DE LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
No.1011253 DE LA CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE

CERTIFICADO DE: **RENOVACION**

53

9. Indemnización por clara evidencia sin que exista previo fallo judicial queda declarado y convenido que en caso de cualquier evento cubierto por la presente póliza, el pago se realizará con la declaración o manifestación de culpabilidad del asegurado por escrito, siempre y cuando su responsabilidad sea evidente.

10. Conocimiento del riesgo

11. Errores, omisiones e inexactitudes no intencionales.

12. Honorarios profesionales de consultores, auditores, interventores, entre otros, los cuales se encuentran incluidos dentro del sublímite establecido para gastos de defensa

13. Modificaciones a favor del asegurado

14. Pagos de indemnización a elección del beneficiario

15. Periodo extendido de reclamación, hasta 24 meses con previo aviso de 30 días y cobro de prima adicional.

16. Para efectos de la presente póliza no se consideran como terceros a:

a. Las personas en relación de dependencia laboral con el asegurado.

b. Los socios, directores, miembros de junta directiva, síndicos, accionistas y administradores del asegurado, si este fuera persona jurídica, mientras estén desempeñando las funciones inherentes a su cargo o con ocasión de éste.

c. Los contratistas y/o subcontratistas y sus dependientes.

d. Las personas vinculadas con el asegurado por un contrato de aprendizaje y/o prestación de servicios.

Sin embargo, se deja constancia que las personas mencionadas en los incisos 1), 2), 3) y 4) serán considerados como terceros cuando, reciban servicio o atención medica como "pacientes" del asegurado.

17. Se modifica el literal B del amparo 1.1. incluido en el clausulado general RCP-006-3 de la siguiente manera: Previsora se obliga a cubrir la responsabilidad civil del asegurado, que provenga de acciones u omisiones de sus empleados y/o de los profesionales y/o auxiliares intervinientes, con relación al "acto medico", en relación de dependencia o no con el asegurado, legalmente habilitados, cuando tales acciones u omisiones resulten en un siniestro que de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, produzca para el asegurado una obligación de indemnizar, según se describe en el punto a) anterior. en este caso previsora se reserva el derecho de repetición contra los empleados y/o profesionales y/o auxiliares intervinientes, estén o no en relación de dependencia con el asegurado, siempre que la conducta de estos haya sido dolosa.

18. Responsabilidad civil contractual: queda entendido, convenido y aceptado que por medio de la presente cláusula se ampara la responsabilidad civil contractual en que incurra el asegurado, con ocasión de las actividades profesionales de la salud desarrolladas en el territorio nacional. Se excluye todo lo relacionado con actividades administrativas.

19. Para la expedición de la póliza además de las condiciones generales se debe adjuntar las condiciones de RC profesional para instituciones médicas, el original del Formulario debidamente diligenciado fechado y firmado por el representante legal de la Entidad.

20. El asegurado será responsable por declarar el verdadero estado del riesgo y mantener informada a la aseguradora de los cambios en este, sobre todo en lo relacionado con los reclamos presentados, tal como lo establecen los Artículos 1058 y 1060 del Código de Comercio.

21. Todo endoso modificatorio que el cliente requiera deberá tener un costo de \$7.000+ IVA, excepto los relacionados con licitaciones

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIONES GENERALES

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS

AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MEDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO.

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TALE EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.
- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUS DEPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- 1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL.
- 1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.
- 1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:
- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA, DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.
- c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL

ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/O ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/O OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/O HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHS ACTOS MÉDICOS.
- 2.14 FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS.
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO

- MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/O ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
- 2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.
- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.
- LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL “PACIENTE”.
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 “ACTOS MÉDICOS” O “EVENTOS” OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS

SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.

- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.
- 2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.
- 2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:
- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS.

ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

NOTA: El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen con el Asegurado:
- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnésis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto

lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).

- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)
- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo “reclamo” o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o “indemnización” sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de “pacientes”, elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.
- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:
- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.
- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.
- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.
- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de “indemnización”, “costas, gastos, intereses y honorarios”, conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) **Límite de Cobertura por Acto Médico:** **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.

- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo “acto médico” y/o “evento”, sin perjuicio de:
 - El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
 - El número de “reclamos” y/o demandas reportadas
 - El número de personas y/u organizaciones presentando “reclamos” y/o demandas
- c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma especificada en el ítem “Límite Agregado Anual de Cobertura” de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.
- d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efecturen una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

PREVISORA responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

- a) Se considerará como “Asegurado” al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho Público o Privado, declarado expresamente en

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

- b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:
 - Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones **netamente médico - administrativas para la institución asegurada**.
 - Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.
 - Los empleados y trabajadores voluntarios.

NOTA: No se considerará como “Asegurado” a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún “acto médico” prestado o dejado de prestar a ningún “paciente” dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la Responsabilidad Civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo relación laboral por el Asegurado, previo consentimiento y aprobación del Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extendiere a cubrir la Responsabilidad Civil Profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE “RECLAMOS”

El Asegurado se obliga a notificar a **PREVISORA**, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**, dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Pagar de contado la prima correspondiente.

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

En caso de demanda judicial civil contra el Asegurado, el mismo deberá dar aviso fehaciente a **PREVISORA** de la demanda promovida, a más tardar el día hábil siguiente al de haber recibido la notificación, y estará obligado a remitir simultáneamente a **PREVISORA** la póliza y todos los documentos que pertenezcan a dicha notificación.

El Asegurado está obligado a suministrar, sin demora, todos los antecedentes y elementos de prueba de que disponga, y a otorgar en favor de los profesionales designados el poder para el ejercicio de la representación judicial, entregando el respectivo documento antes del vencimiento del plazo para contestar la demanda, y a cumplir con los actos procesales que las leyes le impongan.

En el evento en que el asegurado sea directamente demandado por el tercero afectado, el asegurado deberá asumir la defensa y suministrarle a **PREVISORA**, a su requerimiento, las informaciones referentes a las actuaciones producidas en el juicio y proceder a su citación en garantía.

PREVISORA no podrá realizar acuerdos conciliatorios con los terceros sin el consentimiento escrito del asegurado. Sin embargo, en caso de que el asegurado rehusara a consentir el acuerdo propuesto por **PREVISORA** y optara por la continuación de la acción judicial o cualquier otro procedimiento legal relacionado con el reclamo, deberá dejarse por escrito entre **PREVISORA** y el asegurado que la responsabilidad total de **PREVISORA** por dicho siniestro no podrá exceder el monto por el cual el reclamo hubiese sido conciliado, incluyendo los gastos, costos e intereses incurridos hasta la fecha de la no aceptación del acuerdo por parte del asegurado.

a) Medidas Precautelativas: Si se dispusiesen medidas precautelativas sobre bienes del

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riego, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujeta a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- a) Cuando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- b) Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- c) Cuando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** y el asegurado por razón de la celebración, ejecución terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

PREVISORA podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

Asegurado, éste no podrá exigir que **PREVISORA** las sustituya.

b) “Costas, gastos, intereses y honorarios”: **PREVISORA** asume a su cargo, el pago de las costas judiciales, intereses en causa civil, y de los gastos extrajudiciales en que se incurra para oponerse a las pretensiones del tercero, en demandas infundadas o no, sin embargo, cualquiera que fuese el resultado del litigio, el monto de dicho concepto no podrá superar el 100% de la suma asegurada, o del sublímite el excedente quedará a cargo del asegurado.

c) Opción del Asegurador: En cualquier momento, **PREVISORA**, a su elección y discreción y sin que ello implique la aceptación de responsabilidad por parte de **PREVISORA** en perjuicio del Asegurado, podrá hacer pago o depósito judicial de la Suma Asegurada, dejando al Asegurado la dirección exclusiva de la causa, hecho mediante el cual **PREVISORA** quedará liberado de los gastos y costas que se devenguen posteriormente al igual que de toda otra responsabilidad bajo la póliza en relación con la pretensión del(de los) tercero(s) damnificados y/o con el hecho que generó la responsabilidad del Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

PREVISORA podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

En caso de “reclamo” bajo esta póliza, PREVISORA se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos necesarios para garantizar tales derechos.

A petición PREVISORA, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por PREVISORA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. En los términos previstos en el Artículo 1058 del Código del Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, PREVISORA se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, asimismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado – ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por PREVISORA a un reclamante, y que este último esta dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por oposición del Asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del Asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, PREVISORA podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable



o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, PREVISORA abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- PREVISORA tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.
- De igual manera, PREVISORA tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del “paciente” y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.
- También, PREVISORA podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a PREVISORA los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por PREVISORA. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca “Daños Materiales” y/o “Lesiones Corporales” a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo.

A los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el Asegurado.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por PREVISORA para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y PREVISORA. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **Indemnización:** Compensación al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.
- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos



médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.

- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un “acto médico” y/o “evento”.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

El Asegurado o el tomador según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058(reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, PREVISORA podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a PREVISORA a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando PREVISORA haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

- 1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

01/02/01 - 1324 - P - 06 - RCP006-3



2. Hechos de Guerra Civil: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.

3. Hechos de Rebelión: Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

4. Hechos de Sedición y Motín: Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

5. Asonada: Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

6. Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

7. Hechos de Guerrilla: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

8. Hechos de Terrorismo: Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la

libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.

9. Hechos de Huelga: Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas.

No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

10. Hechos de Lock out: Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o

b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. Otros Hechos (1): Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.

12. Otros Hechos (2): Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

13. Notificaciones – Domicilio: Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



CONDICIONES GENERALES

LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, que en lo sucesivo se denominará **PREVISORA**, en consideración a que el Tomador ha presentado una solicitud de seguro, la cual forma parte integrante de esta póliza, ampara la Responsabilidad Civil Profesional del Asegurado, con sujeción a los términos y Condiciones Generales y Particulares previstos a continuación:

CONDICIÓN PRIMERA

AMPAROS AMPAROS CUBIERTOS

ESTA PÓLIZA OTORGA COBERTURA POR LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROPIA DE CLÍNICAS, SANATORIOS, HOSPITALES Y/U OTRO TIPO DE ESTABLECIMIENTOS O INSTITUCIONES MEDICAS. BAJO LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN:

1.1 RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA:

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A INDEMNIZAR AL ASEGURADO POR CUALQUIER SUMA DE DINERO QUE ESTE DEBA PAGAR A UN TERCERO EN RAZÓN A LA RESPONSABILIDAD CIVIL EN QUE INCURRA, EXCLUSIVAMENTE COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER "ACTO MÉDICO" DERIVADO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS, DE EVENTOS QUE SEAN RECLAMADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y HASTA EL LÍMITE DE COBERTURA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES (SALVO LOS ACTOS MÉDICOS QUE QUEDEN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS).
- b) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, QUE PROVENGA DE ACCIONES U OMISIONES DE SUS EMPLEADOS Y/O DE LOS PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, CON RELACIÓN AL "ACTO MEDICO", EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA O NO CON EL ASEGURADO, LEGALMENTE HABILITADOS, CUANDO TALES ACCIONES U OMISIONES RESULTEN EN UN SINIESTRO QUE DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, PRODUZCA PARA EL ASEGURADO UNA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR, SEGÚN SE DESCRIBE EN EL PUNTO a) ANTERIOR. EN ESTE CASO **PREVISORA** SE RESERVA EL DERECHO DE REPETICIÓN CONTRA LOS EMPLEADOS Y/O PROFESIONALES Y/O AUXILIARES INTERVINIENTES, ESTÉN O NO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA CON EL ASEGURADO.
- c) ASIMISMO **PREVISORA** SE OBLIGA A DAR LA COBERTURA ANTERIORMENTE DESCRITA AL ASEGURADO, EN EL EVENTO EN QUE EL RECLAMO SE

PRODUZCA COMO CONSECUENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA DE EMERGENCIA A PERSONA O PERSONAS, EN CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O UN DEBER DE HUMANIDAD GENERALMENTE ACEPTADO

1.2 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

- a) **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO QUE PROVENGA DE UN "EVENTO" QUE CAUSE "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, DERIVADOS DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS DETALLADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO COMO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS CUALES SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES MÉDICAS PROPIAS DEL ASEGURADO.
- b) IGUALMENTE **PREVISORA** SE OBLIGA A CUBRIR LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR "LESIONES CORPORALES" A TERCEROS, COMO CONSECUENCIA DIRECTA DEL SUMINISTRO DE PRODUCTOS NECESARIOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROPIOS DE LA ACTIVIDAD MÉDICA DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, TALES COMO COMIDAS, BEBIDAS, MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES. LOS PRODUCTOS ELABORADOS O FABRICADOS POR EL ASEGURADO O BAJO SU SUPERVISIÓN DIRECTA DEBERÁN SER ELABORADOS O FABRICADOS CONFORME A RECETA MÉDICA. PARA TAL EFECTO, EL ASEGURADO DEBERÁ CONTAR CON PREVIA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN OFICIAL Y/O DEBERÁ HABER HECHO REGISTRAR PREVIAMENTE DICHO PRODUCTO ANTE LA AUTORIDAD COMPETENTE, HABIENDO OBTENIDO DE DICHA AUTORIDAD LA LICENCIA, AUTORIZACIÓN O HABILITACIÓN RESPECTIVA.

A LOS EFECTOS DE ESTE SEGURO, NO SE CONSIDERA COMO TERCEROS A:

- 1) LAS PERSONAS EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA LABORAL CON EL ASEGURADO;
- 2) LOS SOCIOS, DIRECTORES, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, ACCIONISTAS Y ADMINISTRADORES DEL ASEGURADO, SI ESTE FUERA PERSONA JURÍDICA, MIENTRAS ESTÉN DESEMPEÑANDO LAS FUNCIONES INHERENTES A SU CARGO O CON OCASIÓN DE ESTE.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 3) LOS CONTRATISTAS Y/O SUBCONTRATISTAS Y SUSDEPENDIENTES;
- 4) LAS PERSONAS VINCULADAS CON EL ASEGURADO POR UN CONTRATO DE APRENDIZAJE Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

SIN EMBARGO, SE DEJA CONSTANCIA QUE LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LOS INCISOS 1), 2), 3) Y 4) SERÁN CONSIDERADOS COMO TERCEROS CUANDO, RECIBAN SERVICIO O ATENCIÓN MEDICA COMO "PACIENTES" DEL ASEGURADO.

1.3 **PREVISORA** SERÁ RESPONSABLE POR TODO CONCEPTO DE "COSTAS, GASTOS, INTERESES, CAUCIONES O FIANZAS Y HONORARIOS POR CUALQUIER DEMANDA INFUNDADA O NO, QUE SE PROPONGA EN CONTRA DEL ASEGURADO O DE **PREVISORA** POR RAZÓN DE ERRORES Y OMISIONES DEL ASEGURADO, HASTA LA SUMA ESPECIFICADA EN EL ÍTEM DE LÍMITE AGREGADO ANUAL DE LA COBERTURA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA POR TODOS LOS ACONTECIMIENTOS FORMULADOS Y NOTIFICADOS POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, LO ANTERIOR DE ACUERDO A COMO SE ENCUENTRA ESPECIFICADO EN LAS CONDICIONES DÉCIMA PRIMERA-DEFENSA EN JUICIO CIVIL Y DÉCIMA SEGUNDA-PROCESO PENAL

1.4 LA INDEMNIZACIÓN ORIGINADA POR DAÑOS MORALES DERIVADOS DE ALGUNA RECLAMACIÓN SE CUBRIRÁ HASTA EL SUBLÍMITE DEL 50% DE LA SUMA ASEGURADA, ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EL CUAL APLICARÁ DENTRO DE LA SUMA ASEGURADA Y NO PODRÁ SER SUPERIOR A \$ 50.000.000 POR VIGENCIA.

1.5 ESTE SEGURO CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR EL "ACTO MÉDICO" O "EVENTO", QUE DIERA ORIGEN A LOS "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" ALEGADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE CUMPLAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- a) QUE DICHO ACTO MÉDICO HAYA OCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA, EN CASO DE NO ESTAR ESTABLECIDA DICHA FECHA, QUE EL ACTO MEDICO HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
- b) QUE EL TERCERO O SUS CAUSAHABIENTES FORMULEN SU RECLAMO Y LO NOTIFIQUEN FEHACIENTEMENTE, POR ESCRITO, DURANTE EL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, SU RENOVACIÓN, O DURANTE EL PERÍODO DE EXTENSIÓN PARA DENUNCIAS.

c) SI EL ASEGURADO DA AVISO SEGÚN SE ESTIPULA

EN LA CONDICIÓN SÉPTIMA "OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO", CUALQUIER RECLAMACIÓN SUBSIGUIENTE QUE SE HAGA EN CONTRA DEL ASEGURADO RELACIONADO CON EL MISMO EVENTO SE CONSIDERARÁ COMO HECHA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO. LO ANTERIOR SIN PERJUICIO DE LAS NORMAS DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.

EXCLUSIONES

PREVISORA NO CUBRIRÁ BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA "RECLAMACIONES" Y/O "INDEMNIZACIONES" QUE EL ASEGURADO TENGA QUE PAGAR POR "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES CORPORALES" QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2. EXCLUSIONES ABSOLUTAS

- 2.1 LA RESPONSABILIDAD PARA CON LA INSTITUCIÓN ASEGURADA, PROPIA DE LAS PERSONAS CON FUNCIONES DE DIRECCIÓN O ADMINISTRACIÓN, TALES COMO DIRECTORES EJECUTIVOS, MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, SÍNDICOS, GERENTES Y ADMINISTRADORES.
- 2.2 POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.3 LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL PROPIA DE MÉDICOS Y/ODONTÓLOGOS, O DE CUALQUIER PROFESIONAL DE LA SALUD.
- 2.4 ACTOS MÉDICOS PROHIBIDOS POR LEYES ESPECÍFICAS, O POR REGULACIONES EMANADAS DE AUTORIDADES SANITARIAS U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES, O NO AUTORIZADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES CUANDO TAL AUTORIZACIÓN FUESE NECESARIA, O NO PERMITIDOS DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS PROFESIONALES ACEPTADOS PARA LA PRÁCTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.
- 2.5 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS CON APARATOS, EQUIPOS O TRATAMIENTOS NO RECONOCIDOS POR LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS LEGALMENTE RECONOCIDAS, SALVO AQUELLOS DE CARÁCTER CIENTÍFICO-EXPERIMENTAL AUTORIZADOS POR ESCRITO POR **PREVISORA** EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, LA UTILIZACIÓN DE LOS CUALES REPRESENTARÍA EL ÚLTIMO REMEDIO PARA EL "PACIENTE" A RAÍZ DE SU CONDICIÓN.
- 2.6 ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL ASEGURADO, O BAJO SU DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN O APROBACIÓN, O REALIZADOS EN LOS PREDIOS Y/O CON LOS EQUIPOS DEL ASEGURADO, CUANDO

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- SU HABILITACIÓN LEGAL Y/O LICENCIA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y PROVEER SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS NO EXISTA YA SEA QUE HAYA SIDO SUSPENDIDA O REVOCADA, O HAYA EXPIRADO, O NO HAYA SIDO RENOVADA POR LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y/U OTRAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- 2.7 EL INCUMPLIMIENTO AL DEBER DEL SECRETO PROFESIONAL POR PARTE DEL ASEGURADO.
- 2.8 ACTOS MÉDICOS QUE SE EFECTÚEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES Y/O CAMBIOS DE SEXO Y/O SUS CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL "PACIENTE". DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACIÓN DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACIÓN.
- 2.9 EL INCUMPLIMIENTO DE ALGÚN CONVENIO, SEA VERBAL O ESCRITO, PROPAGANDA, SUGERENCIA O PROMESA DE ÉXITO QUE GARANTICE EL RESULTADO DE CUALQUIER TIPO DE ACTO MÉDICO.
- 2.10 DAÑOS GENÉTICOS EN EL CASO QUE SE DETERMINE QUE ELLOS HAYAN SIDO CAUSADOS POR UN FACTOR IATROGÉNICO Y/O HEREDADO, DESCUBIERTOS EN EL MOMENTO O UN TIEMPO DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y QUE HAYAN PODIDO OCURRIR DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA ANTES DEL NACIMIENTO, INCLUYENDO EL PARTO.
- 2.11 LA PROVOCACIÓN INTENCIONAL DEL DAÑO (DOLO) Y/O CULPA GRAVE EN EL EJERCICIO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.
- 2.12 TRANSMUTACIONES NUCLEARES QUE NO PROVENGAN DEL USO TERAPÉUTICO DE LA ENERGÍA NUCLEAR Y EN GENERAL TODA RESPONSABILIDAD, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, RELACIONADA CON MATERIALES DE ARMAS, COMBUSTIBLES O DESECHOS NUCLEARES.
- 2.13 ACTOS MÉDICOS QUE IMPORTEN DAÑOS POR CONTAMINACIÓN DE SANGRE CUANDO EL ASEGURADO Y/O SUS EMPLEADOS, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, NO HUBIESE CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS Y NORMAS NACIONALES E INTERNACIONALES EXIGIBLES A UN PROFESIONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, INCLUYENDO PERO NO LIMITÁNDOSE A LA ACEPTACIÓN, PRESCRIPCIÓN, CONTROL, ALMACENAMIENTO, CONSERVACIÓN Y TRANSFUSIÓN DE SANGRE, SUS COMPONENTES Y/U HOMODERIVADOS Y A LA ASEPSIA DE ÁREAS, INSTRUMENTOS Y EQUIPOS DONDE Y CON LOS CUALES SE LLEVEN A CABO DICHOS ACTOS MÉDICOS
- 2.14 FILTRACIONES, CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS, INCLUYENDO LOS GASTOS Y COSTOS DE LEYES ESPECÍFICAS O NORMAS ADMINISTRATIVAS PARA LIMPIAR, DISPONER, TRATAR, REMOVER O NEUTRALIZAR TALES CONTAMINANTES O RESIDUOS PATOLÓGICOS
- 2.15 SANCIONES PUNITIVAS O EJEMPLARES, ES DECIR, CUALQUIER MULTA O PENALIDAD IMPUESTA POR UN JUEZ CIVIL O PENAL, O SANCIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVAS.
- 2.16 ACTIVIDADES U OPERACIONES DE GUERRA DECLARADA O NO, HOSTILIDADES, INVASIÓN DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, INSURRECCIÓN, HUELGA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, VANDALISMO, TERRORISMO, ACTOS MAL INTENCIONADOS DE TERCEROS, CONSPIRACIONES, PODER MILITAR O USURPADO, REQUISICIÓN Y DESTRUCCIÓN DE BIENES POR ORDEN DE CUALQUIER AUTORIDAD, NACIONAL DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL, DISTURBIOS POLÍTICOS Y SABOTAJES CON EXPLOSIVOS.
- 2.17 CONTAGIO, INFECCIÓN, IRRADIACIÓN, EXPOSICIÓN A RAYOS-X, O CUALQUIER OTRO MEDIO, OCURRIDOS O CONTRAÍDOS DURANTE LA VIGENCIA DE UN CONTRATO DE SERVICIO O APRENDIZAJE DE CUALQUIER TERCERO CON EL ASEGURADO.
- 2.18 OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN, YA SEA CATALOGADA COMO TAL BAJO EL DERECHO PENAL O NO.
- 2.19 LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES DEL ASEGURADO A SUS PACIENTES DURANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS CUANDO EL ASEGURADO SABE O DEBERÍA SABER QUE ES PORTADOR DE UNA ENFERMEDAD QUE POR SU CONTAGIOSIDAD O TRANSMISIBILIDAD, HABRÍA IMPEDIDO A UN PROFESIONAL DE LA SALUD RAZONABLEMENTE CAPACITADO Y PRUDENTE EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN, PRESTAR SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A "PACIENTES" EN GENERAL, O UN SERVICIO Y/O TRATAMIENTO EN PARTICULAR.
- 2.20 "RECLAMOS" POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE POR EL "PACIENTE" Y/U OTRA PERSONA NATURAL O JURÍDICA A NOMBRE DEL "PACIENTE", Y CON RELACIÓN A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y/O TRATAMIENTOS A DICHO "PACIENTE" POR PARTE DEL ASEGURADO, EXCEPTO AQUELLOS ORIGINADOS POR UN RECLAMO DEBIDAMENTE AMPARADO POR LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



- 2.21 DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO, DE MIEMBROS DE SU FAMILIA O DEPENDIENTES, O DE CUALQUIER PERSONA QUE ACTÚE EN SU NOMBRE, INCLUYENDO DAÑOS POR REFACCIONES, AMPLIACIONES O MODIFICACIONES AL INMUEBLE, O POR LA DESAPARICIÓN DE BIENES, DE PROPIEDAD DE TERCEROS EMPLEADOS Y PACIENTES.
- 2.22 LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS DE CUALQUIER NATURALEZA, YA SEAN AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS, Y SE USEN PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD ASEGURADA, ASÍ COMO LOS DAÑOS CAUSADOS A LOS VEHÍCULOS MISMOS, O BIENES DENTRO DE ELLOS, O A SUS OCUPANTES, INCLUYENDO "PACIENTES" DEL ASEGURADO. LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DIFERENTE A LA PROVISTA POR ESTA PÓLIZA TAL COMO LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE INGENIEROS, ARQUITECTOS, ABOGADOS, ETC.
- 2.23 "DAÑOS MATERIALES" Y/O "LESIONES PERSONALES" CAUSADOS ENTRE EMPLEADOS O PERSONAL PERTENECIENTE A LA PLANTA DEL ASEGURADO.
- 2.24 DAÑOS CAUSADOS POR LA UTILIZACIÓN Y/O REMOCIÓN DE ASBESTOS.
- 2.25 LA FALTA O EL INCUMPLIMIENTO, COMPLETO O PARCIAL, DEL SUMINISTRO DE SERVICIOS PÚBLICOS, TALES COMO ELECTRICIDAD, AGUA, GAS Y TELÉFONO.
- 2.26 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCIÓN AL "PACIENTE".
- 2.27 EL DESLIZAMIENTO DE TIERRAS, FALLAS GEOLÓGICAS, TERREMOTOS, TEMBLORES, ASENTAMIENTOS, CAMBIOS EN LOS NIVELES DE TEMPERATURA O AGUA, INCONSISTENCIA DEL SUELO O SUBSUELO, LLUVIAS, INUNDACIONES, ERUPCIÓN VOLCÁNICA O CUALQUIER OTRA PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA O DE LA NATURALEZA; ASÍ COMO TAMBIÉN LOS DAÑOS CAUSADOS POR LA ACCIÓN PAULATINA DE GASES O VAPORES, SEDIMENTACIONES O DESHECHOS COMO HUMO, HOLLÍN, POLVO Y OTROS, HUMEDAD, MOHO, HUNDIMIENTO DE TERRENO Y SUS MEJORAS, POR CORRIMIENTO DE TIERRAS, VIBRACIONES, FILTRACIONES, DERRAMES, O POR INUNDACIONES DE AGUAS ESTANCADAS O CORRIENTES DE AGUA.
- 2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.
- 2.29 LA CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE, INCLUYENDO CONTAMINACIÓN POR RUIDO, QUE NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACONTECIMIENTO ACCIDENTAL, SÚBITO, REPENTINO E IMPREVISTO.
- 2.30 EL USO, TRANSPORTE O ALMACENAMIENTO DE EXPLOSIVOS ASÍ COMO EL USO DE ARMAS DE FUEGO.
- 2.31 HOMICIDIO O LESIONES VOLUNTARIAS, EXCEPTO EL CASO DE IATROGENIA.
- 2.32 CARGA Y DESCARGA DE BIENES FUERA DE LOS PREDIOS DEL ASEGURADO.
- 2.33 DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACIÓN DE ANESTESIA GENERAL, O QUE SE PRESENTEN MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRE BAJO ANESTESIA GENERAL, SI TAL PROCEDIMIENTO NO FUESE REALIZADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO DEBIDAMENTE HABILITADO Y CAPACITADO PARA REALIZARLO, Y LLEVADO A CABO DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DEBIDAMENTE EQUIPADA Y ACREDITADA PARA TAL FIN.
- 2.34 PÉRDIDAS PATRIMONIALES PURAS, INCLUYENDO PERO NO LIMITADAS A PÉRDIDA DE UTILIDADES, PÉRDIDA DE RENTAS O LUCRO CESANTE, QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL O UN DAÑO A LA PROPIEDAD AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.
- 2.35 "ACTOS MÉDICOS" O "EVENTOS" OCURRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA O RECLAMOS SOMETIDOS A CUALQUIER JURISDICCIÓN EXTRANJERA.
- 2.36 PARA EL CASO DE CIRUGÍA PLÁSTICA O ESTÉTICA, SOLAMENTE SE OTORGA COBERTURA PARA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR UN ACCIDENTE Y LA CIRUGÍA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGÉNITAS.
- 2.37 TODA RESPONSABILIDAD CIVIL DIFERENTE A LA PREVISTA EN ESTA PÓLIZA, CUALQUIERA QUE ESTA FUERE A CAUSA DE LA TENENCIA, MANTENIMIENTO, USO O MANEJO DE VEHÍCULOS MOTORIZADOS, AÉREOS, TERRESTRES O ACUÁTICOS POR DAÑOS A BIENES O INMUEBLES BAJO CUIDADO, CUSTODIA O CONTROL DEL ASEGURADO.
- 2.38 CON RESPECTO A PRODUCTOS Y EQUIPOS PARA EL DIAGNOSTICO O LA TERAPÉUTICA NO SE CUBRE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DE LOS FABRICANTES, SUMINISTRADORES O PERSONAL EXTERNO RESPONSABLE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



2.39 ACTOS MÉDICOS OCURRIDOS FUERA DEL PERÍODO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA.

2.40 NOTIFICACIONES FORMULADAS POR EL ASEGURADO, O LOS RECLAMOS O DEMANDAS DE TERCEROS QUE LLEGUEN A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO FUERA DEL LÍMITE TEMPORAL DE VIGENCIA, O DEL PLAZO OPCIONAL PACTADO EN EL ENDOSO CORRESPONDIENTE, AUNQUE DICHAS NOTIFICACIONES, RECLAMOS O DEMANDAS SE DERIVEN DE ACTOS MÉDICOS PRACTICADOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

3. EXCLUSIONES RELATIVAS A LA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL DERIVADA DE:

- a) LA RESPONSABILIDAD CIVIL PATRONAL, O DE CUALQUIER OBLIGACIÓN DE LA CUAL EL ASEGURADO PUDIESE RESULTAR RESPONSABLE EN VIRTUD DE CUALQUIER LEY O REGLAMENTO SOBRE ACCIDENTES DE TRABAJO, RIESGOS PROFESIONALES, COMPENSACIÓN PARA DESEMPLEADOS O BENEFICIOS POR MUERTE, INVALIDEZ, O INCAPACIDAD, O BAJO CUALQUIER LEY O INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD SEMEJANTE, SEA PÚBLICA O PRIVADA.
- b) CONTRATISTAS Y SUBCONTRATISTAS.
- c) VEHÍCULOS PROPIOS Y NO PROPIOS. ESTAS EXCLUSIONES PODRÁN SER AMPARADAS, MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO CORRESPONDIENTE CUANDO SEA PREVIAMENTE SOLICITADO POR EL CLIENTE Y CON EL COBRO DE PRIMA A QUE HAYA LUGAR.

CONDICIÓN SEGUNDA

GARANTÍAS DEL ASEGURADO

El Asegurado está obligado a cumplir con las normas que regulan la profesión médica, la ley de ética médica (ley 23 de 1981) las disposiciones legales y administrativas de cada actividad profesional que las regulan y cuyo incumplimiento tornaría ilegal la actividad.

NOTA: El Asegurado garantizará, so pena de que el contrato se de por terminado desde su infracción, de conformidad con lo previsto en el artículo 1061 del Código de Comercio, lo siguiente:

- 1. Que exigirá a todos los profesionales de la medicina a su personal y/o a los profesionales en relación de dependencia y/o aprendizaje, sean o no de dicho personal, que incluye a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen en la atención del paciente, y los que por el motivo que fuere, trabajen

con el Asegurado:

- a) Aplicar las normas que rigen el manejo de la historia clínica, previstas en la resolución No. 1995 de 1999 del Ministerio de Salud y demás normas pertinentes, especialmente que contengan las características básicas de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad, con la obligación de sentar en la historia clínica, un registro adecuado del acto realizado o indicado a los pacientes, las observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas que permita demostrar la existencia de la prestación del servicio y del cuidado de la salud brindado al paciente.
- b) Identificar la Historia Clínica con numeración consecutiva y el número del documento de identificación del paciente. Incluyendo identificación del paciente (usuario), registros específicos, anexos todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras de salud consideren pertinentes. El tratamiento y/o procedimiento necesario en cada entrada que se realice en la historia clínica, así como escribir en forma concisa, legible (si las anotaciones son manuscritas), veraz, ordenada y prolija, toda su actuación médica y/o auxiliar relacionada con la atención del paciente, así como todos los datos obtenidos acerca del paciente y su estado clínico, realizando, en todos los casos, anamnesis, evolución, diagnósticos, indicaciones, epicrisis y cierre de la historia clínica.
- c) Verificar, controlar y asegurar que todas y cada una de las historias clínicas contengan un formulario que demuestre que con el paciente se ha realizado un proceso de consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica o tratamiento programado del paciente, excepto lo que se refiere a los tratamientos por receta, que permita demostrar que el paciente y/o quien corresponda entendió lo explicado por el médico tratante, el que deberá estar suscrito también por el/los profesional(es) interviniente(s).
- d) Conservar todas las historias clínicas y todos los registros concernientes a tratamientos y/o servicios prestados a pacientes, incluyendo registros relativos al mantenimiento de equipos utilizados en la prestación de tales tratamientos y/o servicios. Los archivos de las historias

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales propios para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen (artículo 17 de la resolución 1995 de 1999 **MINSALUD**)

- e) Entregar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por el Asegurador, todo registro, información, documento, declaración jurada o testimonial que estos puedan solicitar con el fin de determinar, reducir y/o eliminar la posible responsabilidad del Asegurado.
- f) Colaborar con el Asegurador, o al representante nombrado por el Asegurador, con todas las posibilidades a su alcance, y en caso de ser necesario, autorizar a estos para procurar la obtención de registros y cualquier otro documento o información cuando estos no estén en posesión del Asegurado.
- g) Cooperar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, en la investigación, mediación, acuerdo extra judicial o defensa de todo "reclamo" o litigio.
- h) Prestar a **PREVISORA**, o al representante nombrado por **PREVISORA**, toda la asistencia razonable y las autorizaciones que éste pueda requerir, comprometiéndose a abonar, en caso de corresponder, los importes correspondientes a su participación (Deducible) dentro de las 48 horas de haber recibido el requerimiento.
- i) Colaborar con **PREVISORA**, o con el representante nombrado por **PREVISORA**, para hacer valer contra terceras personas, naturales o jurídicas, cualquier derecho que **PREVISORA** encuentre y estime necesario, y de ser solicitado, transmitir todo derecho de repetición al primer requerimiento de éste.
- j) Permitir a **PREVISORA** efectuar transacciones o consentir sentencias.
- k) No efectuar ninguna confesión, aceptación de hechos - con la única excepción de aquellos efectuados en la interrogación judicial - oferta, promesa, pago o "indemnización" sin el previo consentimiento por escrito del Asegurador.
- l) Conservar en perfectas condiciones de mantenimiento, conforme a lo estipulado por los fabricantes, todos los equipos usados para el diagnóstico y/o tratamiento de "pacientes", elaborando en forma prolija un registro de su mantenimiento, el cual deberá incluir, por

ejemplo, la fecha y la descripción de reparaciones efectuadas a los mismos, fecha de calibración, etc.

- m) **PREVISORA** podrá presentar al Asegurado una lista específica de recomendaciones a cumplir, si las hubiere, dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la inspección del riesgo si lo considera pertinente, asignándoles una prioridad de inmediata o de no inmediata, en cuyo caso:

- **PREVISORA** y el Asegurado deberán acordar dentro de un tiempo, no mayor a sesenta (60) días posteriores a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador, las recomendaciones que el Asegurado deberá cumplir.

- El Asegurado entregará a **PREVISORA** un plan específico, por escrito, para la implementación de todas las recomendaciones formuladas y acordadas, incluyendo fechas límites de cumplimiento, dentro de los noventa (90) días siguientes a la evaluación del riesgo.

- El Asegurado cumplirá en forma fehaciente, dentro de los ciento cincuenta (150) días posteriores a la evaluación del riesgo, con las recomendaciones acordadas con una prioridad de inmediatas.

- El cumplimiento del resto de las recomendaciones formuladas y acordadas no excederá ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de la evaluación del riesgo.

CONDICIÓN TERCERA

SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada indicada en la (s) Condición(es) Particular(es) (Nº) representa la cifra máxima por la cual **PREVISORA** será responsable por todo concepto de "indemnización", "costas, gastos, intereses y honorarios", conforme a los Límites de Cobertura indicados en dicha condición particular y descriptos a continuación:

- a) Límite de Cobertura por Acto Médico: **PREVISORA** será responsable por el pago de los reclamos o sentencias judiciales relacionados con reclamos cubiertos bajo este seguro, hasta la suma indicada en las Condiciones Particulares como límite de cobertura por acto médico. Dicho límite comprende la responsabilidad máxima del Asegurador en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por uno o más reclamos derivados de un solo acto médico y/o evento.
- b) **Pluralidad de Reclamos:** En caso que, de un

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



mismo acto médico resultaren varios reclamos de terceros, el límite de cobertura por acto médico indicado en las Condiciones Particulares no sufrirá incremento alguno, es decir que dicho límite representa la suma máxima que **PREVISORA** reconocerá en concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios por el total de todos los reclamos provenientes de un sólo "acto médico" y/o "evento", sin perjuicio de:

- El número de individuos y/o organizaciones aseguradas
- El número de "reclamos" y/o demandas reportadas
- El número de personas y/u organizaciones presentando "reclamos" y/o demandas

c) **Límite Agregado Anual de Cobertura:** Si durante la vigencia de la póliza se produjeran reclamos de terceros a consecuencia de distintos actos médicos, **PREVISORA** responderá por todo concepto de indemnizaciones, costas, gastos, intereses y honorarios hasta la suma específica cada en el ítem "Límite Agregado Anual de Cobertura" de las Condiciones Particulares, por todos los acontecimientos reclamados y notificados durante la vigencia de la póliza.

d) **No-Acumulación de Sumas Aseguradas:** Con el propósito de determinar la responsabilidad de **PREVISORA**, será considerado como un solo acto médico y no será procedente la acumulación de sumas aseguradas, cuando se efectuaren una o varias prestaciones a una o más personas vivas o por nacer, derivadas de una sola intervención o tratamiento, o de la exposición continua o repetida proveniente del mismo origen, la misma o idéntica causa, o al tratamiento de la misma enfermedad o lesión.

CONDICIÓN CUARTA

DEDUCIBLE

El Asegurado se compromete a asumir a su cargo el monto por deducible indicado en las Condiciones Particulares con respecto a cada reclamo que sea indemnizable bajo esta póliza por el/los daño(s) a tercero(s).

PREVISORA responderá en cuanto al pago de la indemnización de dicho reclamo neto del deducible pactado a cargo del Asegurado.

CONDICIÓN QUINTA

PERSONAS ASEGURADAS

a) Se considerará como "Asegurado" al establecimiento médico asistencial, sea persona de Derecho

Público o Privado, declarado expresamente en el cuestionario y/o en la Solicitud de Seguro y designado como tal en la carátula de la póliza, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí expresados, y respecto de los antecedentes, prácticas, tipo de organización, instalaciones, equipamiento, y personal declarado en el formulario de Solicitud de Seguro.

Esta póliza de seguro otorga al Asegurado todos los derechos, cargas y obligaciones estipuladas bajo la misma.

b) También se consideran como Asegurado las siguientes personas:

- Los oficiales, administradores, directores médicos, jefes de departamento (incluyendo el jefe del cuerpo médico) o miembros del cuerpo médico que desarrollen labores médico-administrativas no asistenciales para la institución, pero única y exclusivamente dentro del marco y a causa de sus funciones netamente médico - administrativas para la institución asegurada.

- Las personas que sean miembros o que presten servicios para juntas o comités establecidos por la institución asegurada; por ejemplo juntas o comités creados para la evaluación de las credenciales o el desempeño clínico de los profesionales médicos, o para promover o mantener la calidad de los servicios médicos prestados por la institución asegurada, pero única y exclusivamente cuando estas personas desempeñen las labores requeridas o solicitadas por tales juntas o comités.

- Los empleados y trabajadores voluntarios.

NOTA: No se considerará como "Asegurado" a ningún profesional de la salud ya sea interno, externo, residente, voluntario, temporario, empleado, contratado, en relación de dependencia o no, por ningún "acto médico" prestado o dejado de prestar a ningún "paciente" dentro o fuera de la institución asegurada.

La presente póliza se podrá extender a cubrir la Responsabilidad Civil profesional propia de los profesionales de la salud empleados bajo relación laboral por el Asegurado, previo consentimiento y aprobación del Asegurador, el cual emitirá un endoso especial, siempre y cuando se declare y aparezca el nombre y especialidad del profesional en una relación que se adhiere a esta póliza, formando parte integral de la misma, y previo pago de la prima correspondiente.

Cuando esta póliza se extendiere a cubrir la Responsabilidad Civil Profesional de los profesionales de la salud bajo las condiciones arriba descritas, quedará entendido y convenido que dicha extensión operará única y exclusivamente para el ejercicio de la profesión médica

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



y/u odontológica dentro de los predios de la institución asegurada por esta póliza.

CONDICIÓN SEXTA

PRIMA

La prima en concepto de esta póliza será calculada con base anual o la fracción correspondiente al plazo de cobertura solicitada.

CONDICIÓN SÉPTIMA

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE UN ACONTECIMIENTO ADVERSO

El Asegurado deberá notificar a **PREVISORA**, o a su representante nombrado en las Condiciones Particulares, cualquier acontecimiento adverso que, según su conocimiento, pudiera derivar en un reclamo, incluyendo el hurto, extravío o pérdida de historias clínicas. Dicha notificación deberá hacerse dentro de las 48 horas luego de haber recibido noticia u obtenido conocimiento de dicho acontecimiento adverso y deberá incluir la siguiente información:

- 1) Lugar, fecha y hora en que ocurrió el acto médico;
- 2) Descripción de las circunstancias que dieron o pudieron dar origen al reclamo;
- 3) La naturaleza de las lesiones y sus posibles secuelas;
- 4) Nombre, edad, sexo, domicilio y ocupación del paciente;
- 5) Nombre y domicilio de cualquier testigo, si hubiere;
- 6) Nombre y domicilio de los intervinientes en el acto médico, además del Asegurado.

Todo lo anterior sujeto a las normas de prescripción contempladas en el código de comercio.

CONDICIÓN OCTAVA

DENUNCIA DE "RECLAMOS"

El Asegurado se obliga a notificar a **PREVISORA**, por escrito, cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento. Dicha notificación deberá hacerse dentro de los tres (3) días hábiles a partir del momento en que el Asegurado haya sido informado de tal reclamo.

La notificación escrita para **PREVISORA** deberá contener los elementos requeridos en la Condición Séptima, si

tal información no hubiese sido ya comunicada por el Asegurado.

Ocurrido un evento que pudiera dar lugar a una reclamación bajo esta póliza, el asegurado estará obligado, de acuerdo con las normas, obligaciones y deberes de la profesión médica, a proveer los medios necesarios para salvaguardar la salud y la vida del paciente.

CONDICIÓN NOVENA

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

En el supuesto caso de renovaciones sucesivas e ininterrumpidas de esta póliza, la cobertura siempre se extenderá a cubrir la responsabilidad emergente de actos médicos ocurridos desde la Fecha de Retroactividad de la póliza, es decir, desde el inicio de vigencia de la póliza inicial, sin importar que dicha póliza inicial hubiese ya vencido, siempre que el reclamo y la notificación se formule durante una de sus renovaciones consecutivas e ininterrumpidas.

CONDICIÓN DÉCIMA

EXTENSIÓN DEL PERÍODO PARA RECLAMOS

La Extensión del Período para Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

El anexo de Extensión del Período para Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento de **PREVISORA** dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el último período de la póliza, son los mismos que regirán para el anexo de Extensión del Período para Denuncias, es decir, dicho anexo no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

Para los términos de este contrato, el Asegurado podrá contratar un anexo para la Extensión del Período para Reclamos en caso de rescisión o no renovación del contrato a su vencimiento, por una suma adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se termine automáticamente por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la adquisición de tal anexo.

A fines de obtener el anexo para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud a **PREVISORA**,

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.

- Pagar de contado la prima correspondiente

Cumplidas las condiciones anteriores, **PREVISORA**:

- No podrá negarse a emitir el anexo.
- No podrá cancelarlo una vez emitido.
- Mantendrá vigente el anexo hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período otorgado de dos (2) años, cualquiera que suceda primero.

En caso que el Asegurado no cumpla con todas y cada una de las condiciones necesarias para la contratación del anexo, **PREVISORA** quedará liberada de su obligación de otorgarlo.

Igualmente, para los efectos de este contrato, si el Asegurado opta por no adquirir el anexo, o pierde el derecho para hacerlo, **PREVISORA** no será responsable y quedará liberado para atender cualquier reclamo efectuado por terceros:

- Luego del vencimiento de la vigencia de la última póliza no renovada. Sea cual fuere la fecha de ocurrencia del hecho generador del reclamo.

A fin de calcular la prima por el endoso para la Extensión del Período para Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de solicitud del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, la prima del endoso no excederá el 150% de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

DEFENSA EN JUICIO CIVIL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción.

PREVISORA podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en

los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

PROCESO PENAL

Si se promoviese proceso penal el Asegurado deberá dar aviso de inmediato a **PREVISORA**. El Asegurado deberá designar al profesional o profesionales que lo defenderán, e informarle a **PREVISORA** el nombre del abogado defensor que designe y de todas las actuaciones surtidas en el proceso.

Si en el proceso penal se constituye parte civil, el Asegurado deberá mantener permanentemente informado al asegurador sobre el desarrollo de tal acción. **PREVISORA** podrá colaborar proporcionando al Asegurado, a su requerimiento, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos. El asesoramiento efectuado por **PREVISORA** no implica la aceptación de responsabilidad frente al Asegurado o terceros en los términos de la presente póliza. Tampoco existirá aceptación de responsabilidad cuando el Asegurado designase a su cuenta y riesgo a profesionales vinculados con **PREVISORA**.

Queda claramente establecido que el Asegurado tiene desde el inicio y en todo momento, la plena dirección del proceso penal, y con tales potestades, aceptar o no los aportes técnicos **PREVISORA**, sin que ello afecte en absoluto sus derechos como Asegurado emanados de este contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

TERMINACIÓN Y REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

El presente seguro terminará por extinción del período por el cual se contrató, si no se efectuase la renovación correspondiente, por desaparición del riesgo, o agotamiento del límite asegurado, caso en el cual **PREVISORA** tiene derecho a devengar la totalidad de la prima correspondiente a la vigencia contratada.

El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por **PREVISORA**, mediante noticia escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío. Por el Asegurado,

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



en cualquier momento, mediante aviso escrito a **PREVISORA**. En todo caso las partes sujetas a lo establecido en el Artículo 1071 del Código de Comercio

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

PÉRDIDA DEL DERECHO DE INDEMNIZACIÓN.

El asegurado y/o los beneficiarios perderán en forma total los derechos que se deriven de esta póliza en los siguientes casos:

- Quando se presenten o realicen reclamaciones fraudulentas, basada en documentos o declaraciones falsas, o se utilicen mecanismos engañosos.
- Por el incumplimiento de las garantías exigidas al asegurado en esta póliza.
- Quando se renuncie a los derechos contra quien sea responsable del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

CLÁUSULA COMPROMISORIA

Las controversias que eventualmente puedan surgir entre **PREVISORA** y el asegurado por razón de la celebración, ejecución terminación del contrato de seguro, serán sometidas a la decisión de un tribunal de arbitramento que será nombrado y actuará de acuerdo con lo establecido en el decreto 1818 de 1998 y demás normas vigentes que rigen la materia, el domicilio será Bogotá.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

VERIFICACIÓN DEL SINIESTRO

PREVISORA podrá designar uno o más expertos para verificar el siniestro y la extensión de la presentación a su cargo, examinar la prueba instrumental y realizar las indagaciones necesarias a tales fines.

El informe del o de los expertos no comprometerá a **PREVISORA** a que acepte sus conclusiones, opiniones y recomendaciones, pues el mismo servirá únicamente como elemento de juicio para que **PREVISORA** pueda pronunciarse acerca del derecho del Asegurado.

El Asegurado puede hacerse representar, a su costa, en el procedimiento de verificación y liquidación del daño.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA

SUBROGACIÓN

En caso de "reclamo" bajo esta póliza, **PREVISORA** se subrogará en todos los derechos contra un tercero que correspondan al Asegurado, y éste ejecutará y suministrará al Asegurador todos los documentos

necesarios para garantizar tales derechos.

A petición **PREVISORA**, el asegurado deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

RETICENCIA

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **PREVISORA**, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. En los términos previstos en el Artículo 1058 del Código del Comercio.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

INVESTIGACIÓN Y DEFENSA EN GENERAL. ACUERDO EXTRAJUDICIAL DE RECLAMOS

Sin perjuicio de cualquiera de las disposiciones contenidas en la presente póliza, **PREVISORA** se compromete a investigar las cuestiones inherentes a la responsabilidad y a pagar toda indemnización por daños que el asegurado tenga la obligación legal de pagar y, asimismo defender todo reclamo que corresponda bajo las condiciones de la presente póliza.

En caso de reclamo contra un asegurado – ya sea judicial o extrajudicial – si un acuerdo transaccional propuesto por **PREVISORA** a un reclamante, y que este último está dispuesto a aceptar, no pudiere concretarse por oposición del Asegurado, en el supuesto de dictarse a posteriori sentencia condenatoria por una suma superior a la del acuerdo frustrado, será exclusivo cargo del Asegurado la diferencia entre el monto de ésta y aquél así como los intereses y las costas que se devenguen con posterioridad a la fecha de la oposición.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE PREVISORA

En relación con cualquier reclamo que se pueda realizar en virtud de la presente póliza, **PREVISORA** podrá en cualquier momento pagar la suma asegurada o, en su caso, el remanente de la suma asegurada aplicable o cualquier monto inferior por el cual se pueda acordar extrajudicialmente el reclamo. Luego de ello, **PREVISORA** abandonará el control de tales reclamos y no asumirá ningún tipo de responsabilidad con referencia a los mismos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



AUDITORÍA E INSPECCIÓN

- **PREVISORA** tendrá el derecho de inspeccionar la propiedad y operaciones del Asegurado - incluyendo la revisión de manuales de procedimiento y mantenimiento, políticas y protocolos operacionales, etc. - en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, a fin de sugerir que éste mantenga un nivel adecuado de supervisión de riesgo y prevención de siniestros.

- De igual manera, **PREVISORA** tendrá el derecho de practicar auditorías médico-legales de la documentación clínica y demás documentación relacionada con la atención del "paciente" y de las prácticas médicas institucionales, así como de la aplicación, utilización y documentación del proceso de consentimiento informado.

- También, **PREVISORA** podrá examinar y auditar los libros y expedientes del Asegurado en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza y dentro de un período de 3 (tres) años después del vencimiento de la misma, en todo cuanto se relacione con este seguro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado contara con otra póliza o pólizas de seguro de Responsabilidad Civil Profesional Médica, los aseguradores deberán soportar la indemnización debida al asegurado en proporción a la cuantía de sus respectivos contratos, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe. La mala fe en la contratación de éstos produce nulidad, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1092 del Código del Comercio.

El asegurado deberá informar por escrito a **PREVISORA** los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro de los diez días a partir de su celebración. La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1093 del Código del Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

CESIÓN DE DERECHOS

El Asegurado no podrá ceder a terceros los derechos y/o beneficios que le son otorgados por la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Todas las modificaciones y/o desistimientos y/o renunciaciones a los derechos y/o beneficios de la presente póliza serán efectuados solamente por medio de anexo emitido, debidamente firmado por un representante autorizado por **PREVISORA**. El anexo así emitido formará parte integrante de la presente póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

DEFINICIONES

- a) **Evento:** Cualquier acción realizada por el Asegurado que sea cuestionada por un tercero en razón de que produzca "Daños Materiales" y/o "Lesiones Corporales" a dichos terceros, a causa de haber obrado con negligencia, impericia, imprudencia y/o en inobservancia de los deberes a su cargo. A los efectos de este seguro se considerará como un solo y mismo evento la exposición repentina, continua o repetida a condiciones perjudiciales o dañinas a terceros que causen daños y/o lesiones imprevistos e inesperados por el Asegurado.
- b) **Daños Materiales:** Cualquier perjuicio, pérdida física, menoscabo o destrucción de una cosa tangible.
- c) **Lesiones Corporales:** Cualquier daño corporal o menoscabo de la salud, así como también cualquier merma de la integridad física, incluyendo la muerte.
- d) **Costas, Gastos, Intereses y Honorarios:** Los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por **PREVISORA** para la asistencia legal y para realizar las investigaciones, la liquidación, la defensa o la transacción extrajudicial de cualquier reclamo que pudiese surgir bajo esta póliza. También se incluyen bajo este rubro todos los intereses y las costas, gastos y honorarios incurridos por el Asegurado como en caso de ser condenado a pagar en juicio.
- e) **Fecha de Retroactividad:** La fecha indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza. Se entiende como la fecha en que comienza a regir la primera póliza contratada entre el Asegurado y **PREVISORA**. Las renovaciones sucesivas de esta póliza con este Asegurador no alterarán dicha fecha inicial.
- f) **Indemnización: Compensación** al Asegurado, según lo estipulado en la póliza de seguro, en concepto de daños y/o perjuicios incurridos como consecuencia de un acto médico, y la cual no puede superar al importe de la suma asegurada

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



puede superar al importe de la suma asegurada (Límite de Cobertura) indicado en las Condiciones Particulares.

- g) **Paciente:** Cualquier persona que reciba o haya recibido la prestación de servicios y/o tratamientos médicos, quirúrgicos y/o odontológicos con el propósito de efectuar procedimientos diagnósticos, profilácticos, curativos o paliativos.
- h) **Reclamo:** Cualquier notificación o demanda por escrito por vía judicial o extrajudicial, hecha por un tercero, y recibida por el Asegurado o su Asegurador, solicitando compensación en forma monetaria y/o de servicios por daños y/o perjuicios ocasionados por un "acto médico" y/o "evento".

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA

ADVERTENCIAS AL ASEGURADO

- Agravación del Riesgo

El Asegurado o el tomador según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud uno u otro deberán notificar por escrito al asegurador los hechos o circunstancias no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que, conforme al criterio consignado en el inciso primero del artículo 1058 (reticencia del asegurado) signifiquen agravación del riesgo o variación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de 10 días a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los 10 días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, **PREVISORA** podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima. La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato. Pero solo la mala fe del asegurado o del tomador dará derecho a **PREVISORA** a retener la prima no devengada. Esta sanción no será aplicable a los seguros de vida, excepto a los amparos accesorios a menos de convención en contrario, ni cuando **PREVISORA** haya conocido oportunamente la modificación y consentido con ella. En los términos establecidos en el Artículo 1060 del Código de Comercio.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA

INTERPRETACIÓN DE LAS EXCLUSIONES A LA COBERTURA CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES

Se dejan expresamente convenidas las siguientes reglas de interpretación, asignándose a los vocablos utilizados los significados y equivalencias que se consignan:

1. **Hechos de Guerra Internacional:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de guerra (declarado o no) con otro u otros países, con la intervención de las fuerzas organizadas militarmente (regulares o irregulares, participen o no civiles).
2. **Hechos de Guerra Civil:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un estado de lucha armada entre los habitantes del país, o entre ellos y fuerzas regulares, caracterizado por la organización militar de los contendientes (participen o no civiles), cualquiera fuese su extensión geográfica, intensidad o duración, y que tienda a derribar los poderes constituidos u obtener la secesión de una parte del territorio de la Nación.
3. **Hechos de Rebelión:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados en un alzamiento armado que pretenda derrocar el Gobierno Nacional, o suprimir o modificar el régimen constitucional o legal vigente.

Se entienden equivalentes a los de rebelión otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como revolución, sublevación, usurpación del poder, insurrección, insubordinación y conspiración.

4. **Hechos de Sedición y Motín:** Se entienden por tales los hechos dañosos mediante el empleo de las ramas que pretendan impedir transitoriamente el libre funcionamiento del régimen constitucional o legal vigentes.

Se entienden equivalentes a los de sedición otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como asonada y conmoción civil.

5. **Asonada:** Se entienden por tales los hechos dañosos realizados en forma tumultaria para exigir violentamente de la autoridad la ejecución u omisión de algún acto propio de sus funciones.

Se entienden equivalentes a asonada otros hechos que encuadren en los caracteres descritos, tales como alboroto, alteración del orden público, desórdenes, disturbios, revueltas y conmoción civil.

PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA INSTITUCIONES MÉDICAS

RCP006



6. **Hechos de Vandalismo o Conmoción Popular:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por el accionar destructivo de turbas que actúan irracional y desordenadamente.

7. **Hechos de Guerrilla:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de las acciones de hostigamiento o agresión de grupos armados irregulares (civiles o militarizados), contra cualquier autoridad o fuerza pública o sectores de la población. Se entienden equivalentes a los hechos de guerrilla los hechos de subversión.

8. **Hechos de Terrorismo:** Se entienden por tales los actos que provoquen o mantengan en estado de zozobra o terror a la población o a un sector de ella, que pongan en peligro la vida, la integridad física o la libertad de las personas o las edificaciones o medios de comunicación, transporte, procesamiento o conducción de fluidos o fuerzas motrices valiéndose de medios para causar estragos.

No se consideran como hechos de terrorismo aquellos hechos aislados y esporádicos de delincuencia común.

9. **Hechos de Huelga:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados a raíz de la abstención concertada de concurrir al lugar de trabajo o de trabajar, dispuesta por entidades gremiales de trabajadores (reconocidas o no oficialmente), o por grupos de trabajadores al margen de aquellas. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivó la huelga, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

10. **Hechos de Lock out:** Se entienden por tales los hechos dañosos originados por:

- a) El cierre de establecimientos de trabajo dispuesto por uno o más empleadores o por entidad gremial que los agrupa (reconocida o no oficialmente), o
- b) El despido simultáneo de una multiplicidad de trabajadores que paralice total o parcialmente la explotación de un establecimiento. No se tomará en cuenta la finalidad gremial o extragremial que motivo el lock out, así como tampoco su calificación de legal o ilegal.

11. **Otros Hechos (1):** Atentado, depredación, devastación, intimidación, sabotaje, saqueo u otros hechos similares, en tanto encuadren en los respectivos hechos descritos bajo esta cláusula, se consideran hechos de guerra civil o internacional, de rebelión, de sedición o motín, de tumulto popular, de vandalismo o malevolencia popular, de guerrilla, de terrorismo o de huelga o de lock out.

12. **Otros Hechos (2):** Los hechos dañosos originados en la prevención o represión por la autoridad o fuerza pública de los hechos descritos, seguirán su tratamiento en cuanto a su cobertura o exclusión del seguro.

13. **Notificaciones - Domicilio:** Toda comunicación a que haya lugar entre las partes con motivo de la ejecución de las condiciones estipuladas en esta póliza, se hace por escrito y es prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío escrito por correo recomendado o certificado, a la última dirección conocida de las partes.

Se exceptúa la obligación de comunicación escrita, la que se refiere el aviso de siniestro al Asegurador por parte del Asegurado, en virtud de lo dispuesto en el Artículo 1075 del Código de Comercio.

Bogotá D.C.

Señores

JUZGADO 07 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ.

E. S. D.

Referencia: PROCESO VERBAL.
Demandante: JOSÉ ALEJANDRO CARBALI.
Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.
Radicado: 11001310300720200021500.

DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLÉN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.015.441.384 de Bogotá, actuando en mi condición de representante legal de **La Previsora S.A. Compañía De Seguros**, sociedad de economía mixta del orden nacional, sometida al régimen de las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con domicilio en Bogotá D.C., todo lo cual acredito mediante certificado adjunto expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a la firma **LEXIA ABOGADOS S.A.S** identificada con NIT. 830.094.544-9 para que en nombre y representación de la mencionada aseguradora actúe en el proceso antes mencionado. **LEXIA ABOGADOS S.A.S.** actuará en el proceso por medio de abogados designados por ella o por representantes judiciales o legales suyos habilitados para ejercer la profesión de abogado.

Solicito reconocer personería a los mandatarios para los fines de la gestión encomendada en. Las facultades de conciliar, desistir y transigir, están sujetas a la autorización previa del Comité de Defensa Judicial y Conciliación de la Compañía.

Se solicita enviar notificaciones a los siguientes correos, jftorres@lexia.co jfelipetorresv@lexia.co, m.baquero@lexia.co ana.ruiz@lexia.co daniela.bejarano@lexia.co

Atentamente,

DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLÉN
C.C. 1.015.441.384 de Bogotá
Representante Legal Judicial y Extrajudicial

Acepto,



LEXIA ABOGADOS S.A.S.
NIT. 830.094.544-9

Revisó: Luis Eduardo López
Caso Litisoft: 36023
21-10-2022

RV: José Alejandro Carbalí LT 36023

NOTIFICACIONES JUDICIALES <notificacionesjudiciales@previsora.gov.co>

Mié 26/10/2022 14:56

Para: Maria Camila Baquero <m.baquero@lexia.co>; Juan Felipe Torres <jfelipetorresv@lexia.co>; Ana Cristina Ruiz <ana.ruiz@lexia.co>; Daniela Bejarano <daniela.bejarano@lexia.co>; ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: poderes antecedentes <poderesyantecedentes@previsora.gov.co>; DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLEEN <daniel.palacios@previsora.gov.co>

 2 archivos adjuntos (138 KB)

PODER José Alejandro Carbalí LT 36023 OCTUBRE 2022.pdf; CERTIFICADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA PREVISORA (2).pdf;

Respetado doctor,

Con fundamento en lo dispuesto en la Ley 2213 de 2022, los artículos 73 y siguientes del Código General del proceso y todas aquellas normas concordantes, se le otorga a usted poder en los términos que a continuación se disponen.

Este correo electrónico es enviado por el Representante Legal, Judicial y Extrajudicial de La Previsora S.A. Compañía de Seguros desde la cuenta de correo electrónico de notificaciones judiciales, tal y como se prueba en los Certificados de Existencia y Representación Legal expedidos por la Superintendencia Financiera de Colombia y la Cámara de Comercio de Bogotá.

DOCUMENTO DE USO INTERNO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5531096693924417

Generado el 10 de octubre de 2022 a las 11:15:12

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS

NIT: 860002400-2

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999). Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 2146 del 06 de agosto de 1954 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Sociedad de Economía Mixta del Orden Nacional, , sometida al régimen de las empresas comerciales e industriales del Estado, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente vinculada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 1133 del 29 de junio de 1999).

Escritura Pública No 0144 del 01 de febrero de 1999 de la Notaría 10 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Adicionada por Escritura Pública 373 del 2 de marzo de 1999, de la Notaría 10ª de Santafé de Bogotá D.C., se protocolizó el acuerdo de fusión, mediante el cual LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS absorbe a SEGUROS TEQUENDAMA S.A., quedando esta última disuelta sin liquidarse.

Escritura Pública No 0431 del 05 de marzo de 2004 de la Notaría 22 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 514 del 26 de agosto de 1954

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente agente directo del Presidente de la República, de su libre nombramiento y remoción y representante legal de la sociedad. - **FUNCIONES Y ATRIBUCIONES.** Son funciones y atribuciones del Presidente de la Compañía a) Formular la política general de la compañía, el modelo integrado de planeación y gestión y los planes y programas, de conformidad con la ley y bajo las directrices de la Junta Directiva b) Orientar y dirigir los planes y programas que debe desarrollar la compañía según su objeto, las directrices de la Asamblea de Accionistas y de la Junta Directiva y las políticas de Gobierno Nacional c) Impartir directrices para la ejecución de las actividades comerciales de la compañía d) Ejercer la representación legal de la compañía e) Constituir mandatarios que representen a la compañía en los asuntos judiciales y extrajudiciales f) Presentar los estados financieros a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva en los plazos y términos señalados en la ley y los Estatutos g) Convocar a la Asamblea General de Accionistas y a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo con lo señalado en los Estatutos y en las demás normas que regulen la materia h) Proponer a la Junta Directiva los proyectos de organización interna, escalas salariales y planta de personal de los trabajadores oficiales i) Distribuir los cargos de la compañía en las diferentes dependencias y ubicar el personal teniendo en cuenta la estructura, los planes, los programas y las necesidades del servicio de la compañía, mediante acto administrativo, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos j) Someter a aprobación de la Junta, Directiva el proyecto de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5531096693924417

Generado el 10 de octubre de 2022 a las 11:15:12

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

presupuesto de ingresos y gastos de la compañía de acuerdo con lo señalado en la ley y en los Estatutos de la compañía k) Ordenar los gastos con cargo al presupuesto de la compañía, de acuerdo con las normas sobre la materia l) Celebrar los contratos que requiera la compañía para su normal funcionamiento de conformidad con las disposiciones legales vigentes m) Ejercer el control administrativo sobre la ejecución del presupuesto de la compañía n) Conocer y fallar en segunda instancia los procesos disciplinarios que se adelanten contra los trabajadores y ex trabajadores de la compañía ñ) Adoptar el Reglamento Interno de Trabajo, los manuales de políticas, procesos y procedimientos y los necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la compañía o) Dirigir la implementación del Sistema de Gestión Integral, garantizar el ejercicio de control interno y supervisar su efectividad y la observancia de sus recomendaciones p) Delegar previa autorización de la Junta Directiva alguna o algunas de sus atribuciones y funciones delegables en los Vicepresidentes, Secretaría General, Gerentes de Casa Matriz y de Sucursales y/o en otros cargos de manejo y confianza q) Crear los grupos internos de trabajo que se requieran, según las necesidades de la compañía y determinar sus funciones para optimizar el funcionamiento de la Entidad r) Las demás funciones que le señale la ley, los Estatutos, la Asamblea General de Accionistas, la Junta Directiva, y las demás disposiciones que le sean aplicables s) Crear las dependencias, agencias y sucursales que considere necesarias, previa autorización de la Junta Directiva, de acuerdo con el número de empleos autorizados por el Gobierno Nacional y en todo caso atendiendo los límites de planta allí establecidos. VICEPRESIDENTES Y SECRETARIO GENERAL. La Junta Directiva nombrará los vicepresidentes que se estimen necesarios a iniciativa de la Presidencia de la sociedad. Los Vicepresidentes y el Secretario General tendrán en el ejercicio de sus funciones asignadas, delegadas y otorgadas en encargo, la representación legal de la compañía, dependiendo en todo caso directamente del Presidente de la misma. Ejercerán las atribuciones y cumplirán con los deberes que le señale el Presidente y desempeñarán las funciones que en ellos delegare éste, de acuerdo con lo previsto en estos estatutos. La sociedad tendrá un Secretario General designado por la Junta Directiva a cuyo cargo estará la función de actuar como secretario de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva de la compañía, en tal carácter deberá atender todo lo relacionado con estas materias y ejercer las demás funciones que le delegue o encargue el Presidente de la Sociedad de quien dependerá directamente. - El Secretario General tendrá la representación legal de la compañía. ARTÍCULO 59. DE LAS REPRESENTACIONES LEGALES, JUDICIALES Y/O EXTRAJUDICIALES: La sociedad tendrá los gerentes de sucursal que estime conveniente su Presidente, quienes al igual que sus suplentes tendrán la representación legal de la compañía previa aprobación de la Junta Directiva; para presentar propuestas en procesos de contratación públicos y privados, celebrar y ejecutar los actos y contratos que se deriven de éstos, participar en procesos de contratación directa, concursos e invitaciones, en el ámbito de su competencia. Ejercerán así mismo la representación legal de la compañía en materia administrativa, financiera, jurídica, de seguros y comercial, de conformidad con las facultades que le sean delegadas y/u otorgadas en encargo. Los subgerentes de sucursal serán suplentes de sus correspondientes gerentes. En aquellas sucursales en las cuales no existe el cargo de subgerente de sucursal, será designado otro funcionario como suplente del gerente. De igual manera y de conformidad con lo indicado en el Decreto 1808 de 2017, Decreto 580 de 2019, Decreto 1996 de 2017 o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya y la Resolución No. 043 - de 2019 expedida por La Previsora S.A. o aquella norma que lo modifique, adicione o sustituya, los siguientes cargos tendrán la representación legal, judicial y/o extrajudicial, así: VICEPRESIDENTE JURÍDICO; GERENTE DE LITIGIOS; JEFES DE OFICINAS DE INDEMNIZACIONES (ZONAS CENTRO, NORTE Y OCCIDENTE): Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial de la compañía, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. GERENTE DE TALENTO HUMANO; SUBGERENTE DE ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL: Ejercer como representante legal de la compañía, en asuntos laborales y administrativos cuando se requiera; GERENTE DE INDEMNIZACIONES GENERALES Y PATRIMONIALES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES AUTOMÓVILES; GERENTE DE INDEMNIZACIONES SOAT, VIDA Y ACCIDENTES PERSONALES: Ejercer la representación legal, judicial y extrajudicial, en los litigios y demás acciones judiciales o administrativas en que sea parte la compañía. Así mismo, representar a la compañía en las diligencias judiciales y extrajudiciales originadas por siniestros, con la facultad de conciliar y transar en los términos autorizados por el Comité de Defensa Judicial y Conciliación. SUBGERENTE DE RECOBROS Y SALVAMENTOS: Representar a la compañía en procesos de recobro judicial y extrajudicial; SUBGERENTE DE PROCESOS JUDICIALES, SUBGERENTE DE PROCESOS DE RESPONSABILIDAD FISCAL Y ADMINISTRATIVOS: Representar a la sociedad ante todas las autoridades de los órdenes judicial y administrativo y para los efectos a que hubiere lugar; GERENTE JURÍDICO: Ejercer por delegación la representación judicial y extrajudicial de la compañía. (Escritura Pública No. 2611 del 21 de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5531096693924417

Generado el 10 de octubre de 2022 a las 11:15:12

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

mayo de 2021, Notaría 72 de Bogotá D.C.)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Hernán Vélez Millán Fecha de inicio del cargo: 15/07/2020	CC - 6357600	Presidente
Benjamín Galán Otálora Fecha de inicio del cargo: 25/10/2018	CC - 80425713	Vicepresidente Financiero
Paola María Mercado Cabrales Fecha de inicio del cargo: 02/06/2022	CC - 50911467	Vicepresidente Comercial
Leydy Viviana Mojica Peña Fecha de inicio del cargo: 28/07/2022	CC - 63511668	Secretaría General
María Elvira Mac-douall Lombana Fecha de inicio del cargo: 30/05/2019	CC - 39688259	Vicepresidente Técnica
Gelman Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 19/08/2021	CC - 80373854	Vicepresidente Jurídico
José Bernardo Alemán Cabana Fecha de inicio del cargo: 12/10/2018	CC - 79672347	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Centro
Soranye Duque Valdés Fecha de inicio del cargo: 11/04/2022	CC - 31448412	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Occidente
Miguel Escobar Botero Fecha de inicio del cargo: 19/02/2021	CC - 1152195263	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Jefe de Oficina de Indemnizaciones Zona Norte
Paola Andrea Gómez Mesa Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 52266729	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Automóviles
Sandra Patricia Pedroza Velasco Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51995365	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones SOAT, Vida y Accidentes Personales
Adriana Orjuela Martínez Fecha de inicio del cargo: 12/04/2018	CC - 51981720	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Subgerente de Recobros y Salvamentos
Andrés Lozano Karanauskas Fecha de inicio del cargo: 15/04/2021	CC - 79955214	Vicepresidente de Desarrollo Corporativo
Gloria Lucia Suarez Duque Fecha de inicio del cargo: 30/04/2018	CC - 52620196	Vicepresidente de Indemnizaciones
Gina Patricia Cortes Paez Fecha de inicio del cargo: 11/12/2018	CC - 33703256	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Procesos Judiciales



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5531096693924417

Generado el 10 de octubre de 2022 a las 11:15:12

ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Scarlett Jordana Baena Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 10/11/2021	CC - 1020744966	Representación Legal Judicial y Extrajudicial como Gerente Jurídica
Olga Lucía Murgueitio Bustos Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 52095575	Representante Legal Judicial y Extrajudicial en Calidad de Gerente de Indemnizaciones Generales y Patrimoniales
Luz Mery Naranjo Cárdenas Fecha de inicio del cargo: 20/09/2018	CC - 39544204	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en Calidad de Subgerente de Administración de Personal
Daniel Alejandro Palacios Ballen Fecha de inicio del cargo: 28/04/2022	CC - 1015441384	Representante Legal Judicial y Administrativo como Subgerente de Procesos de Responsabilidad Fiscal y Procesos Administrativos
Verónica Tatiana Urrutia Aguirre Fecha de inicio del cargo: 07/01/2021	CC - 52333363	Representante Legal en Asuntos Laborales y Administrativos en calidad de Gerente de Talento Humano
Joan Sebastián Hernández Ordoñez Fecha de inicio del cargo: 14/02/2019	CC - 1014214701	Representante Legal Judicial y Administrativo en Calidad de Subgerente de Litigios

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Agrícola, (con Circular Externa 008 del 21 de abril de 2015 se incorpora este ramo, en el ramo de Seguro Agropecuario. Así las cosas, el ramo de seguro Agropecuario estará conformado por los ramos Agrícola, semovientes, así como otros relacionados con recursos naturales, vegetales y animales), automóviles, aviación, corriente débil, cumplimiento, incendio, lucro cesante, manejo, montaje y rotura de maquinaria, navegación, responsabilidad civil, riesgos de minas y petróleos, seguro obligatorio de accidentes de tránsito, sustracción, terremoto, todo riesgo para contratistas, transportes, vidrios, accidentes personales, colectivo de vida, pensiones, salud, y vida grupo.

Resolución S.B. No 665 del 01 de julio de 1997 desempleo

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleos.

Resolución S.F.C. No 1457 del 30 de agosto de 2011 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. compañía de Seguros para operar los ramos de Seguro Colectivo de Vida y Salud

Resolución S.F.C. No 1003 del 10 de agosto de 2018 Se revoca la autorización concedida a La Previsora S.A. Compañía de Seguros para operar el ramo de Seguros de Pensiones, hoy denominado Seguros de Pensiones Voluntarias

Oficio No 2022037686-015 del 28 de marzo de 2022 autoriza el ramo de Seguro Decenal



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 5531096693924417

Generado el 10 de octubre de 2022 a las 11:15:12

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

EL JUEVES 1 DE DICIEMBRE DE 2022, SE REALIZARÁN LAS ELECCIONES DE JUNTA DIRECTIVA DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. LA INSCRIPCIÓN DE LISTAS DE CANDIDATOS DEBE HACERSE DURANTE LA SEGUNDA QUINCENA DEL MES DE OCTUBRE. PARA MÁS INFORMACIÓN, PODRÁ COMUNICARSE AL TELÉFONO 5941000 EXT. 2597, AL CORREO ELECCIONJUNTADIRECTIVA@CCB.ORG.CO, DIRIGIRSE A LA SEDE PRINCIPAL (AVENIDA EL DORADO #68D-35, PISO 4), O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.CCB.ORG.CO

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: LEXIA ABOGADOS S.A.S
Nit: 830094544 9
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 01139643
Fecha de matrícula: 14 de noviembre de 2001
Último año renovado: 2022
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2022
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Calle 110 No. 9-25 Oficina 813
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: jftorres@lexia.co
Teléfono comercial 1: 6296781
Teléfono comercial 2: 3176554145
Teléfono comercial 3: 3153315748

Dirección para notificación judicial: Calle 110 No. 9-25 Oficina 813
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: jfelipetorresv@lexia.co
Teléfono para notificación 1: 6296781

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31**

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Teléfono para notificación 2: 3176554145
Teléfono para notificación 3: 3153315748

La persona jurídica NO autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Por Escritura Pública No. 0003081 del 26 de octubre de 2001 de Notaría 34 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 14 de noviembre de 2001, con el No. 00802130 del Libro IX, se constituyó la sociedad de naturaleza Comercial denominada TORRES FERNANDEZ DE CASTRO & ASOCIADOS LTDA.

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 0002719 del 24 de septiembre de 2002 de Notaría 34 de Bogotá D.C., inscrito en esta Cámara de Comercio el 4 de octubre de 2002, con el No. 00847532 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de TORRES FERNANDEZ DE CASTRO & ASOCIADOS LTDA a TORRES FERNANDEZ DE CASTRO & ASOCIADOS LTDA PERO PODRA TAMBIEN GIRAR BAJO LA RAZON SOCIAL DE TFC CONSULTORES O DE TFC CONSULTORES LTDA.

Por Acta No. 2 de la Junta de Socios, del 1 de julio de 2014, inscrita el 18 de julio de 2014 bajo el número 01853015 del libro IX, la sociedad de la referencia se transformo de sociedad limitada a sociedad por acciones simplificada bajo el nombre de: TORRES FERNANDEZ DE CASTRO ABOGADOS S.A.S. SIGLA TFDC ABOGADOS S.A.S

Por Acta No. 2 del 1 de julio de 2014 de Junta de Socios, inscrito en esta Cámara de Comercio el 18 de julio de 2014, con el No. 01853015 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de TORRES FERNANDEZ DE CASTRO & ASOCIADOS LTDA PERO PODRA TAMBIEN GIRAR

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

BAJO LA RAZON SOCIAL DE TFC CONSULTORES O DE TFC CONSULTORES LTDA a
TORRES FERNANDEZ DE CASTRO ABOGADOS S.A.S.

Por Acta No. 1 del 28 de enero de 2021 de Asamblea de Accionistas, inscrito en esta Cámara de Comercio el 18 de febrero de 2021, con el No. 02663849 del Libro IX, la sociedad cambió su denominación o razón social de TORRES FERNANDEZ DE CASTRO ABOGADOS S.A.S a LEXIA ABOGADOS S.A.S.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es indefinida.

OBJETO SOCIAL

Objeto social: la sociedad podrá realizar cualquier actividad económica lícita tanto en Colombia como en el extranjero.

CAPITAL*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor	:	\$10.000.000,00
No. de acciones	:	1.000,00
Valor nominal	:	\$10.000,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor	:	\$10.000.000,00
No. de acciones	:	1.000,00
Valor nominal	:	\$10.000,00

*** CAPITAL PAGADO ***

Valor	:	\$10.000.000,00
No. de acciones	:	1.000,00
Valor nominal	:	\$10.000,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31**

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

REPRESENTACIÓN LEGAL

Representación legal: la dirección y representación legal de la sociedad estará a cargo de un presidente.

FACULTADES Y LIMITACIONES DEL REPRESENTANTE LEGAL

Facultades del representante legal: el presidente, tendrá amplias facultades en la dirección y representación de la sociedad, con plena capacidad para obligar a la sociedad frente a terceros sin limitación alguna, ni por la cuantía, ni por la naturaleza del acto o contrato. Por lo tanto, se entenderá que el presidente podrá celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos en el objeto social o que se relacionen directamente con la existencia y el funcionamiento de la sociedad. El presidente se entenderá investido de los más amplios poderes para actuar en todas las circunstancias en nombre de la sociedad, con excepción de aquellas facultades que, de acuerdo con los estatutos sociales, se hubieren reservado los accionistas. En las relaciones frente a terceros, la sociedad quedará obligada por los actos y contratos celebrados por el presidente. En ejercicio de sus facultades, le corresponde al presidente: a) representar a la sociedad como persona jurídica. B) dar el reglamento de la dirección y hacer los reglamentos internos de la sociedad. C) dirigir y controlar todos los negocios de la sociedad y delegar en otra persona o en cualquier empleado, las funciones que estime convenientes. D) crear y proveer los cargos que considere necesarios, señalarles sus funciones y fijarles sus remuneraciones. E) nombrar los asesores que estime convenientes y disponer, cuando lo considere oportuno, la formación de comités, integrados por el número de miembros que determine, para que asesoren a la sociedad en asuntos especiales, delegar en dichos comités las atribuciones que a bien tenga dentro de las que a ella corresponden, y señalarles sus funciones. F) determinar los porcentajes de depreciación, los deméritos y protección de activos, la amortización de intangibles, y las demás reservas que determine la ley o la asamblea general de accionistas. G) proponer a la asamblea general de accionistas, cuando lo juzgue conveniente, la formación de fondos especiales de reserva, previsión o de fondos para otros fines, o que determinados fondos especiales o los constituidos anteriormente, se trasladen o acumulen

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

a otros fondos, se incorporen a la cuenta de pérdidas y ganancias o se capitalicen. H) presentar anualmente a la asamblea general de accionistas los estados financieros de propósito general, individuales y consolidados cuando fuere el caso, así como un informe de gestión y otro especial cuando se configure un grupo empresarial, en la forma y términos previstos en la ley, y un proyecto de distribución de utilidades. I) proponer a la asamblea general de accionistas las reformas que juzgue conveniente introducir a los estatutos sociales. J) proponer a la asamblea la fusión con otras sociedades, así como la transformación o escisión de la sociedad. K) autorizar la adquisición de otras empresas o establecimientos de comercio. L) determinar para cada ejercicio el presupuesto de inversiones, ingresos y gastos. M) dirimir las dudas que se presenten en la aplicación de las disposiciones estatutarias. N) ejecutar y hacer ejecutar los acuerdos y resoluciones de la asamblea general de accionistas. O) cumplir los demás deberes que le señalen los reglamentos de la sociedad y los que le corresponden por el cargo que ejerce.

NOMBRAMIENTOS**REPRESENTANTES LEGALES**

Mediante Acta No. 1 del 28 de enero de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 18 de febrero de 2021 con el No. 02663850 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Representante Legal	Torres Fernandez De Castro Jose Fernando	C.C. No. 000000012613003
Representante Legal Suplente	Torres Varela Juan Felipe	C.C. No. 000001020727443
Representante Legal Suplente	Torres Varela Jose Fernando	C.C. No. 000000080199726
Representante Legal Suplente	Ana Maria Varela Gonzalez	C.C. No. 000000039032041

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Representante Torres Fernandez De C.C. No. 000000012613003
Para Efectos Castro Jose Fernando
Judiciales,
Administrativos
Y
Sancionatorios

Representante Torres Varela Juan C.C. No. 000001020727443
Para Efectos Felipe
Judiciales,
Administrativos
Y
Sancionatorios

Representante Baquero Iguaran C.C. No. 000001083007108
Para Efectos Maria Camila
Judiciales,
Administrativos
Y
Sancionatorios

Representante Ruiz Esquivel Ana C.C. No. 000001144165861
Para Efectos Cristina
Judiciales,
Administrativos
Y
Sancionatorios

REFORMAS DE ESTATUTOS

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0002719 del 24 de septiembre de 2002 de la Notaría 34 de Bogotá D.C.	00847532 del 4 de octubre de 2002 del Libro IX
Acta No. 2 del 1 de julio de 2014 de la Junta de Socios	01853015 del 18 de julio de 2014 del Libro IX
Acta No. 1 del 28 de enero de 2021 de la Asamblea de Accionistas	02663849 del 18 de febrero de 2021 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6910

TAMAÑO EMPRESARIAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Pequeña

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 3.550.329.681

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6910

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la
 consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 9 de febrero de 2021. Fecha de envío de información a Planeación : 30 de marzo de 2022. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la
sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y
cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 18 de octubre de 2022 Hora: 10:41:31**

Recibo No. AB22500434

Valor: \$ 6,500

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B22500434823AE

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificados/electronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.


CONSTANZA PUENTES TRUJILLO

PROCESO 2020-215 JOSE ALEJANDRO CARABALI Y SANDRA PATRICIA LASSO VS. HOSPITAL CLÍNICA SAN RAFAEL Y OTROS

Maria Camila Baquero <m.baquero@lexia.co>

Vie 17/03/2023 10:21 AM

Para: Juzgado 07 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <ccto07bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: juan.bermudez@stewardcolombia.org <juan.bermudez@stewardcolombia.org>; direcciongeneral1@stewardcolombia.org <direcciongeneral1@stewardcolombia.org>; Secretaria General <secretaria.general@nuevaeps.com.co>; redasejur@gmail.com <redasejur@gmail.com>

Honorable

JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REF.:

Radicado No. 11001310300720200021500

Demandante: Jose Alejandro Carabali y Sandra Patricia Lasso

Demandados: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Nueva EPS y otros

Llamados en garantía: La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

ASUNTO:

CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

MARIA CAMILA BAQUERO IGUARÁN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.083.007.108 de Santa Marta, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 312.100 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, acudo ante su despacho para dar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** formulado por la Clínica San Rafael en contra de la Previsora S.A.



Maria Camila Baquero.
Asociada.

(+ 57) 301 439 0633
m.baquero@lexia.co
Av. Cra. 19 # 100-45 Of. 10-123
Bogotá, Colombia.

LEXIA

Honorable
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REF.: Radicado No. 11001310300720200021500
Demandante: Jose Alejandro Carabali y Sandra Patricia Lasso
Demandados: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Nueva EPS y otros
Llamados en garantía: La Previsora S.A. Compañía de Seguros.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA FORMULADO POR EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

MARIA CAMILA BAQUERO IGUARÁN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 1.083.007.108 de Santa Marta, abogada titulada y en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 312.100 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de apoderada de **LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS**, sociedad comercial, identificada con N.I.T. 860.002.400-2, con domicilio principal en la Calle 57 No. 9-07 de la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico de notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.com.co, entidad sometida al control y vigilada por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente para asuntos judiciales por **DANIEL ALEJANDRO PALACIOS BALLÉN**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.015.441.384 como lo acredita el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por dicha entidad, acudo ante su despacho para dar **CONTESTACIÓN AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** efectuado por la Clínica San Rafael en contra de la Previsora S.A.

Par facilitar el entendimiento y estructuración de esta contestación, me permito presentar la siguiente tabla de contenido:

I. TABLA DE CONTENIDO

II.	OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
III.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
IV.	PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA	2
V.	EXCEPCIONES DE MÉRITO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO	3
A.	NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO – INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADO Y ASEGURADORA	3
B.	AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 1011253 EXPEDIDA POR PREVISORA PARA LOS EVENTOS RECLAMADOS EN EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR LA NUEVA EPS AL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL	4
C.	AUSENCIA DE COBERTURA POR TRATARSE DE UN RECLAMO PRESENTADO POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO. 1011253	6
D.	AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO CON RELACIÓN A LA PÓLIZA NO. 1011253 EXPEDIDA POR LA PREVISORA	8
E.	DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO	9
F.	COBRO DE LO NO DEBIDO	10
G.	PAGO DEL DEDUCIBLE	10
H.	EXCEPCIÓN GENÉRICA	10

VI.	PRUEBAS	10
A.	EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS A CARGO DE NUEVA EPS Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL	10
VII.	NOTIFICACIONES	10

II. OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En el presente caso, el llamamiento en garantía fue admitido mediante auto del 17 de febrero de 2023 y notificado por estado el 20 de febrero de 2023. Teniendo en cuenta lo anterior, el término para contestar inició el día 21 de febrero de 2023 finaliza el día 21 de marzo de la misma anualidad¹, razón por la cual, este escrito se presenta de forma oportuna.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. Este hecho se refiere al llamamiento en garantía presentado por la Nueva EPS en contra del Hospital, razón por la cual, me atengo a la literalidad de dicho escrito.
2. Este hecho se refiere al llamamiento en garantía presentado por la Nueva EPS en contra del Hospital, razón por la cual, me atengo a la literalidad de dicho escrito.
3. Es cierto.
4. Es cierto.
5. Es cierto.
6. No es cierto en los términos planteados. Se debe precisar que unos son los hechos que dieron lugar a la demanda, y otros los que se invocan en el llamamiento en garantía. Este último, a la luz del contrato de seguro, constituye una reclamación distinta, efectuada con posterioridad al periodo de vigencia de la Póliza.
7. Es cierto lo relativo a que la póliza cuenta con una vigencia comprendida entre el 05 de agosto de 2015 y el 05 de agosto de 2016, prorrogada hasta el 01 de enero de 2017. No obstante, no es cierto que la llamante se encuentre legitimada en la causa por pasiva para llamar en garantía, pues los hechos invocados por la Nueva EPS no son objeto de cobertura a la luz de la póliza.
8. No es un hecho sino una apreciación jurídica efectuada por el apoderado de la llamante en garantía.
9. No es un hecho y está incompleto.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

¹ Teniendo en cuenta que el día 20 de marzo de 2023 es festivo, vencería el término el día hábil siguiente.

Respecto a la pretensión primera: no es posible efectuar un pronunciamiento en tanto ya fue admitido por el Despacho.

Respecto a la pretensión segunda: Me **opongo totalmente** a que, en caso de una sentencia condenatoria en contra del Hospital Clínica San Rafael, como consecuencia del llamamiento efectuado por la Nueva EPS, se ordene a La Previsora S.A. Compañía de Seguros a resarcir los perjuicios pretendidos, en razón a que, como se podrá comprobar a lo largo del proceso, no existe sustento fáctico o legal para ordenar el pago de rubro indemnizatorio alguno, toda vez que la aseguradora no amparó el contrato suscrito entre el Hospital Universitario Clínica San Rafael y la Nueva EPS.

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO EN VIRTUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO

A. NECESIDAD DE EXAMINAR EL CASO A LA LUZ DEL CONTRATO DE SEGURO – INDEPENDENCIA DE LA RELACIÓN ENTRE ASEGURADO Y ASEGURADORA

La eventual responsabilidad que se le pueda endilgar a La Previsora, se encuentra delimitada por el contrato de seguro celebrado, vínculo jurídico que según el artículo 1602 del Código Civil es Ley para las partes. Las obligaciones frente a las cuales se puede derivar una responsabilidad de la aseguradora no emanan directamente de los sucesos de los cuales se predica de la responsabilidad civil sino del contrato de seguro.

De lo anterior, debe quedar claro que en este proceso nos encontramos ante relaciones jurídicas distintas que no pueden confundirse: (i) la de la Nueva EPS y el Hospital Universitario Clínica San Rafael; y (ii) con la relación que tiene este último con La Previsora, la cual deberá examinarse exclusivamente a la luz del contrato de seguro y de la normativa que regula este contrato.

En consecuencia, en esta última relación habrá que ceñirse al alcance del riesgo asegurado, de las exclusiones establecidas en la póliza, a su vigencia, valores asegurados, límites de indemnización y, en general, a lo que se establece en las condiciones generales y particulares de la póliza y en los documentos que forman parte de ella, y en las normas legales que regulan el contrato de seguro.

En efecto, el artículo 1056 del código de Comercio establece al respecto:

“Con las restricciones legales, el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurada, el patrimonio o la persona del asegurado.”

La Corte Suprema de Justicia ha expresado que la relación entre la víctima, el asegurado y la compañía de seguros como consecuencia de la celebración de un contrato de seguro de responsabilidad civil, se encuentra regida por el contenido de ese negocio jurídico y por las normas especiales que regulan este tipo de seguro en el Código de Comercio. Al respecto ha sostenido que:

“...Conviene insistir una vez más que en lo tocante con la relación externa entre asegurador y víctima, la fuente del derecho de ésta estriba en la ley, que expresa e inequívocamente la ha erigido como destinataria de la prestación emanada del contrato de seguro, o sea, como beneficiaria de la misma (artículo 1127 C. de Co.). Acerca de la obligación condicional de la compañía (artículo 1045 C. de Co.), en efecto, ella nace de esta especie de convenio celebrado con el tomador, en virtud del cual aquélla sumirá,

conforme a las circunstancias, la reparación del daño que el asegurado pueda producir a terceros y hasta por el monto pactado en el respectivo negocio jurídico, de suerte que la deuda del asegurador tiene como derecho correlativo el de la víctima- por ministerio de la ley para la indemnización de dicho detrimento, llegado el caso. Con todo, fundamental resulta precisar que aunque el derecho que extiende al perjudicado los efectos del contrato brota de la propia ley, lo cierto es que aquél no podrá pretender cosa distinta de la que eficazmente delimite el objeto negocial, por lo menos en su relación directa con el asegurador, que como tal está sujeta a ciertas limitaciones (...).”²

De manera que para que pueda configurarse la responsabilidad civil de la entidad aseguradora, en virtud de la póliza, no basta con que el asegurado haya sido condenado. Más allá de ello, el juez deberá indagar si a la luz de las estipulaciones del contrato de seguro hay lugar o no a que la aseguradora responda, previa consideración del alcance de los amparos, las exclusiones y demás cláusulas del mismo. Por lo anterior, pese a la existencia de una póliza de responsabilidad civil, puede darse el caso donde el asegurado sea condenado y la aseguradora sea relevada de dicho deber en razón del contenido del contrato de seguro.

B. AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA NO. 1011253 EXPEDIDA POR PREVISORA PARA LOS EVENTOS RECLAMADOS EN EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR LA NUEVA EPS AL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

De acuerdo con lo dispuesto en la carátula de la Póliza No. 1011253 expedida por Previsora, el objeto del seguro es *“Amparar la responsabilidad civil propia de la clínica, hospital y/u otro tipo de establecimientos o instituciones médicas bajo las limitaciones y exclusiones descritas en el clausulado general, incluyendo predios, labores y operaciones, además de la responsabilidad civil en que incurra la entidad asegurada exclusivamente como consecuencia de cualquier "acto médico" derivado de la prestación de servicios profesionales de atención en la salud de las personas, de eventos ocurridos y reclamados durante la vigencia de la presente póliza.”*

Como se observa, la aseguradora amparará la responsabilidad civil de la clínica u hospital, siempre y cuando no se encuentre excluida expresamente de cobertura.

Ahora bien, en la carátula de la póliza, bajo el título de exclusiones, se dejó expresamente pactado:

“

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en el clausulado general salvo estipulación en contrario, la presente póliza no se extiende a amparar la responsabilidad civil del asegurado en los siguientes casos:

(...)

16. Reclamaciones propias de otra clase de seguros.” (subraya y negrilla nuestra)

También, en el numeral 2 del condicionado general RCP-006-4 aplicable a la póliza No. 1011253, se estableció que la Compañía no respondería, bajo ninguna circunstancia, por reclamaciones o

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 10 de febrero de 2005. M.P. César Julio Valencia Copete. Expediente: 7173.

indemnizaciones que el asegurado tenga que pagar por daños materiales o lesiones corporales que sean consecuencia directa o indirecta de:

“2.28 EL INCUMPLIMIENTO PARCIAL O TOTAL, TARDÍO O DEFECTUOSO DE PACTOS O CONVENIOS QUE VAYAN MÁS ALLÁ DEL ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO, O MEDIANTE LOS CUALES EL ASEGURADO ASUMA O PRETENDA ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE OTROS.”

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta evidente que los hechos objeto del llamamiento en garantía formulado por la NUEVA EPS al Hospital Universitario San Rafael, no se encuentran cubiertos por la póliza No. 1011253, conforme se explicará a continuación.

Como es sabido, Nueva EPS presentó llamamiento en garantía en contra del Hospital Universitario Clínica San Rafael, con fundamento en el contrato de prestación de servicios suscrito entre estas partes. En virtud de la cláusula decimosexta del contrato, la Nueva EPS pretende que, en el evento de ser condenada como consecuencia de la prosperidad de las pretensiones de la demanda formuladas en su contra, se ordene al Hospital Universitario Clínica San Rafael a realizar dicho pago. La referida cláusula establece: **“DECIMA SEXTA. INDEMNIDAD. – La IPS mantendrá indemne a Nueva EPS S.A. de toda reclamación, demanda, sanción que contra éste se llegare a presentar de forma directa o indirecta con ocasión de los servicios objeto del presente contrato.”**

A partir de lo mencionado, salta a la vista que el derecho que invoca la Nueva EPS frente a la Clínica San Rafael deriva del contrato de prestación de servicios asistenciales suscrito, tratándose de una obligación contractual que ciertamente no se encuentra cubierta por la póliza No. 1011253 expedida por La Previsora, pues esta no se extiende a amparar aquellos contratos mediante los cuales el asegurado asuma la responsabilidad de otros. En igual sentido, de la lectura de la cláusula décima del contrato suscrito entre Nueva EPS y la Clínica San Rafael, se evidencia que dicho contrato se encuentra o debería encontrarse amparado bajo una póliza de responsabilidad civil extracontractual, como se lee a continuación:

presente al mes siguiente. **DECIMA. GARANTÍAS.** - La IPS tomará a su costa y

por su cuenta y riesgo las siguientes pólizas de seguros expedidas por una compañía de seguros legalmente constituida en el país: a) Póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por el veinte por ciento (20%) del valor total del contrato con una vigencia igual al término del contrato y (2) dos años más. Esta póliza deberá incluir los amparos de daños en bienes y personas. Se aceptarán las pólizas Multiriesgo o Contra todo riesgo siempre que comprendan todos los amparos mencionados. b) De responsabilidad civil profesional para clínicas, hospitales y médicos independientes por un valor de 400 salarios mínimos legales mensuales vigentes por evento o siniestro, por un término igual a la duración del contrato y cinco (5) años más. c) Póliza de Pago de Salarios y Prestaciones Sociales, con vigencia a tres (3) años, por el cinco por ciento (5%) del valor anual del contrato. d) Póliza de cumplimiento, por un término igual a la duración del contrato y dos (2) meses más, por un valor igual al 10% del valor del contrato. **PARÁGRAFO PRIMERO.** - Para los efectos del

Ciertamente se trata de una póliza distinta a la expedida por Previsora, pues la No. 1011253 no incluye como asegurada a la Nueva EPS, ni se refiere en lo absoluto al contrato de prestación de servicios

suscrito entre esas partes. De manera que, se reitera que la póliza expedida por Previsora no ampara reclamaciones propias de otra clase de seguros, ni mucho menos riesgos que no fueron expresamente asumidos, como lo es la responsabilidad civil derivada del contrato de prestación de servicios suscritos con la Nueva EPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, los hechos plasmados en el llamamiento en garantía formulado por la Nueva EPS en contra de la Clínica San Rafael se encuentran expresamente excluidos de cobertura.

C. AUSENCIA DE COBERTURA POR TRATARSE DE UN RECLAMO PRESENTADO POR FUERA DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA NO. 1011253

De acuerdo con la Póliza No. 1011253 las partes pactaron que los riesgos que ampara el contrato de seguro mencionado operan bajo la lógica “Claims Made” - en inglés, “*hecho el reclamo*”. Lo anterior significa que este contrato de seguro que consta en la póliza mencionada, no fue celebrado bajo la modalidad de ocurrencia –que fue el sistema acogido inicialmente en el Código de Comercio-, sino bajo la modalidad de cobertura de reclamaciones.

Se trata, en consecuencia, de un seguro celebrado en desarrollo de lo estipulado en la Ley 389 de 1997, cuyo artículo 4º dispuso que:

“ARTICULO 4. En el seguro de manejo y riesgos financieros y en el de responsabilidad la cobertura podrá circunscribirse al descubrimiento de pérdidas durante la vigencia, en el primero, y a las reclamaciones formuladas por el damnificado al asegurado o a la compañía durante la vigencia, en el segundo, así se trate de hechos ocurridos con anterioridad a su iniciación.”

Así mismo, se podrá definir como cubiertos los hechos que acaezcan durante la vigencia del seguro de responsabilidad siempre que la reclamación del damnificado al asegurado o al asegurador se efectúe dentro del término estipulado en el contrato, el cual no será inferior a dos años.

PARAGRAFO. El Gobierno Nacional, por razones de interés general, podrá extender lo dispuesto en el presente artículo a otros ramos de seguros que así lo ameriten.” (Negrillas y subrayado son nuestros)

El artículo anterior tuvo como propósito el “de actualizar la legislación colombiana y acoger las nuevas tendencias del mercado mundial de reaseguro, para la cobertura de los seguros de manejo y de responsabilidad civil”. “Este artículo permite que las compañías cubran en esta especialidad hechos ocurridos antes del contrato y que produzcan pérdidas que se descubran o reclamaciones que se formulen en la vigencia de la póliza”. “Igualmente se permite precisar la cobertura de responsabilidad civil frente a reclamaciones tardías”³ (Negrillas y subrayado son nuestros).

A este respecto es ilustrativa la intervención del gremio de compañías de seguros – FASECOLDA -, con ocasión de la demanda de inconstitucionalidad presentada contra el artículo 4º (parcial) de la Ley 389

³ Véase la ponencia para segundo debate al proyecto de ley 236 de 1996 Cámara, 65 de 1995 Senado, publicada en “Antecedentes Legislativos del Derecho de Seguros en Colombia, El Contrato y la Institución”, Acoldece y Acoas, Bogotá, D.C., Editorial Guadalupe Ltda., 1ª edición, 2002, pág. 490.

de 1997, cuya constitucionalidad defendió el gremio, al expresar que **“el siniestro consiste en la reclamación judicial o extrajudicial que la víctima le formule al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la póliza; momento a partir del cual comenzará a contarse la prescripción de las respectivas acciones”**⁴(Negrillas y subrayado son nuestros)

Como lo dice la doctrina, **“es la reclamación en este nuevo sistema, obviamente supuestos los demás requisitos de rigor (daño, imputabilidad, cobertura, etc.), el hecho jurídico en virtud del cual se obliga la responsabilidad del asegurador”**⁵ (Negrillas y subrayado son nuestros), toda vez que en desarrollo de las cláusulas “claims made”, **“...el asegurador mantendrá indemne al asegurado, en las condiciones y límites establecidos en el respectivo contrato de seguro, por cuanto le daba a un tercero a consecuencia de un hecho u omisión ocurrido durante el plazo previsto en la póliza⁶, siempre y cuando el reclamo del tercero damnificado se haya formulado durante su vigencia o en el llamado “período extendido” expresamente convenido en la póliza”**⁷ (Negrillas y subrayado son nuestras).

Este tipo de cobertura **“refleja la estructura internacional del sistema claims made, en la cual la póliza cubre solamente las reclamaciones que se formulen al asegurado o al asegurador durante su vigencia”**(Negrillas y subrayado son nuestras)⁸, en la que **“el riesgo asegurable es la responsabilidad civil; pero en forma específica, para esta modalidad, la ley lo delimita a los reclamos formulados durante la vigencia, así los hechos generadores de responsabilidad hayan ocurrido con anterioridad”**⁹ y habrá que concluir, como señala la doctrina, que **“el siniestro se presenta en el momento de la reclamación y no cuando acaezca el hecho externo imputable al asegurado”**¹⁰(Negrillas y subrayado son nuestros), que **“el siniestro – sólo en este prototípico sistema- lo constituye la reclamación y en**

⁴ Destaca Fasecolda en su intervención con ocasión de la demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 4° (parcial) de la ley 389 de 1997, según se aprecia en la sentencia C-388 de 2008: **“En segundo lugar, en cuanto atañe al artículo 4° de la Ley 389 de 1997 manifiesta que en cada uno de los incisos de dicha norma se estableció una modalidad diferente de seguro de responsabilidad. Así, en el inciso primero se estableció la modalidad conocida como sistema “claims made”, y en el inciso segundo se estableció la modalidad según la cual resulta posible pactar la cobertura de hechos que acontezcan durante la vigencia de la póliza, con la condición de que la reclamación de la víctima al asegurado o al asegurador tenga lugar dentro del término pactado en el contrato, término que no podrá ser inferior a dos años.....Sin embargo, señala que la doctrina nacional ha llegado a la conclusión de que el inciso primero del artículo 4° de la Ley 389 de 1997, por ser norma posterior, modificó la noción de siniestro del artículo 1131 del Código de Comercio, en la que se aludía a un hecho externo imputable al asegurado, para establecer en su lugar que “ cuando el seguro de responsabilidad se pacte bajo la modalidad “claims made”, el siniestro consiste en la reclamación judicial o extrajudicial que la víctima le formule al asegurado o al asegurador durante la vigencia de la póliza; momento a partir del cual comenzará a contarse la prescripción de las respectivas acciones”**(Negrillas y subrayado son nuestros).

⁵ JARAMILLO J, Carlos Ignacio. La Configuración del Siniestro en el Seguro de la Responsabilidad Civil, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Editorial Temis, 2011, pág. 252. En el mismo sentido se expresa este autor en Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 373.

⁶ Nota nuestra: Usualmente denominado período de retroactividad, es decir, el período dentro del cual ha debido producirse el hecho dañoso, que se suele estipular en la póliza, v.gr., **“dentro de los cinco años anteriores a la vigencia de la póliza”** o señalarse que es de **“retroactividad ilimitada”**, pues se trata de cubrir hechos ocurridos con anterioridad.

⁷ Domingo M. López Saavedra, Ley de Seguros, comentada y anotada, Buenos Aires, la Ley, 2007, págs. 491 y 492. Este autor es citado también por Carlos I. Jaramillo en La Configuración del Siniestro en el Seguro de la Responsabilidad Civil, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Editorial Temis, 2011, págs. 187 y 188.

⁸ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 225.

⁹ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 225.

¹⁰ Juan Manuel Díaz Granados, El Seguro de Responsabilidad, Centro Editorial Universidad del Rosario, 1ª edición, Bogotá, D.C., enero de 2006, pág. 226.

modo alguno el hecho externo imputable al asegurado”(Negrillas y subrayado son nuestros)¹¹, es decir, que “Siniestro es igual a reclamación”¹². “Al fin y al cabo, en este régimen el asegurador se compromete a indemnizar, de conformidad con la modalidad seleccionada, las pérdidas que, con prescindencia de la materialización física del hecho dañoso - relativa o absoluta, conforme a la modalidad o modalidades ahijadas -, le sean reclamadas durante la vigencia o el término ulterior acordado, vale decir, durante el denominado período post-contrato”¹³. “En este orden de ideas, podría considerarse que la ley 389 de 1997, en lo tocante con el tema de claims made, supuso una redefinición del concepto de siniestro, de cara a lo regulado en esta materia por el artículo 1131 del Código de Comercio”¹⁴.

En el caso concreto no cabe duda de que la póliza involucrada en esta relación jurídica es de carácter claims made, dado que así está establecido en la carátula de la misma al indicar:

“MODALIDAD DE SEGURO: Póliza bajo la modalidad CLAIMS MADE.”

Por esta razón, de acuerdo con el objeto del seguro, solo podrán constituir siniestro aquella responsabilidad derivada de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza o el periodo de retroactividad y reclamados por primera vez durante la vigencia de la póliza.

Descendiendo de lo comentado, se evidencia que la reclamación, en este caso, el llamamiento en garantía, fue presentado por la Nueva EPS el día 07 de diciembre de 2020, y notificado a la Clínica San Rafael el 05 de abril de 2021. Ambas fechas se encuentran por fuera de la vigencia de la póliza y de su periodo extendido de reclamación.

Por tal razón, es claro que no pueden prosperar las pretensiones del llamamiento en garantía efectuado por la Clínica San Rafael, teniendo en cuenta que la reclamación se presentó por fuera del periodo de vigencia de la póliza.

D. AUSENCIA DE DEMOSTRACIÓN DE LA OCURRENCIA DE SINIESTRO CON RELACIÓN A LA PÓLIZA NO. 1011253 EXPEDIDA POR LA PREVISORA

El artículo 1757 del Código Civil, en relación con la carga probatoria, determina que le “Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”, disposición que se reitera en el Código General del Proceso, artículo 167, según el cual “*Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen*”.

A su turno, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1077 y 1080 del Código de Comercio, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida y, al tratarse de un seguro de responsabilidad extracontractual que tiene naturaleza de seguro de daños, se le

¹¹ JARAMILLO J, Carlos Ignacio. Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 376.

¹² PERÁN ORTEGA, Juan Perán. La responsabilidad civil y su seguro. Madrid, Tecnos, 1998, pág. 182. Citado por JARAMILLO J, Carlos Ignacio. Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 326.

¹³ JARAMILLO J, Carlos Ignacio. Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, pág. 373.

¹⁴ JARAMILLO J, Carlos Ignacio. Derecho de Seguros, 1ª edición, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas, Temis, AIDA 2010, Tomo II, El Contrato de Seguro, Teoría General del Contrato, págs. 372 y 373.

aplica el principio indemnizatorio, y la indemnización no podrá exceder el daño efectivamente sufrido, el cual debe ser demostrado por el asegurado, hasta concurrencia de la suma asegurada.^{15,16,17}

En el presente caso es evidente que no existe responsabilidad alguna de la Clínica San Rafael, pues la atención brindada a la paciente fue perita, diligente y oportuna. De igual forma, la aseguradora no es responsable por las obligaciones de indemnidad que haya asumido el asegurado frente a terceros, razón por la cual, no se ha realizado siniestro alguno, toda vez que no se ha cumplido con la carga de demostrar el siniestro, ni su cuantía y, en ese sentido, no se ha realizado el riesgo asegurado que predicen las normas que rigen el contrato de seguro.

E. DISPONIBILIDAD DEL VALOR ASEGURADO

De acuerdo a lo consagrado en el artículo 1111 del Código de Comercio, el valor asegurado se reducirá conforme a los siniestros presentados y a los pagos realizados por la aseguradora, por tanto, a medida que se presenten más reclamaciones por personas con igual o mayor derecho y respecto a los mismos hechos dicho valor se disminuirá en esos importes, siendo que para la fecha de la sentencia se haya agotado totalmente el valor asegurado no habrá lugar a cobertura alguna. En consecuencia, en caso de que se llegara a proferir un fallo en contra de los demandados asegurados, mi representada jamás podría ser condenada al pago de una suma superior a la contratada o que no se encontrara disponible por agotamiento del valor máximo asegurado en siniestros anteriores.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, sentencia de 7 de noviembre de 2007, Exp. C-7600131030141999-01083-01, M.P. Jaime Alberto Arrubla. "Es precisamente por efecto de ese carácter indemnizatorio que, acorde con el artículo 1077 ejusdem, le corresponde al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como "la cuantía de la pérdida"; es decir, que al demandar el pago de la indemnización debe probar no solamente los hechos a cuyo amparo estima se configuró el siniestro sino también la naturaleza de los daños padecidos y la extensión de los perjuicios sufridos a raíz de la realización del riesgo asegurado. Significa lo anterior que aquél, al pretender obtener el pago de la indemnización convenida, total o parcial, debe demostrar "ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador"(sentencia 170 de 21 de septiembre de 2000, exp.#6140).". "...la obligación de indemnizar surge a cargo de la compañía aseguradora únicamente ante la prueba del daño y del monto del perjuicio, y que, por ende, el beneficiario carece derecho a ser indemnizado con base en la prueba del simple incumplimiento del tomador. Por lo mismo, puede decirse que el incumplimiento por parte del obligado, per se, no alcanza a configurar el siniestro contemplado en el artículo 1072 del Código de comercio salvo que, como consecuencia de tal desatención, se produzca un perjuicio real para el asegurado, vale decir, aquel que llegue evidentemente a materializarse en un auténtico desmedro patrimonial para éste.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Cas. Civil, sentencia de 30 de julio de 2008, expediente No.11001-3103-036-1999-01458-01. M. P. William Namén. "Por ende, la obligación del asegurador no consiste en pagarle al acreedor-asegurado la suma de dinero que pretenda, sino indemnizarle el daño o perjuicio que, en estrictez, derive del incumplimiento imputable al deudor, que se le demuestre suficientemente y hasta concurrencia, claro está, de la suma asegurada" (cas. civ. 24 de julio de 2006, exp. 0019, cas.civ. 12 de diciembre de 2006 [SC-174-2006], exp. 11001-31-03-035-1998-00853-01).

Y, en torno de la carga probatoria, agrega, "dada su naturaleza jurídica, el beneficiario del seguro de cumplimiento, ante el acaecimiento del siniestro, debe demostrar ante la compañía aseguradora, ya mediante reclamo extrajudicial o ya por vía judicial, la existencia del daño padecido y su cuantía, pues sólo hasta allá se extiende la responsabilidad de la compañía a quien, por razón de tal vínculo, le corresponde pagar, únicamente en esa medida, los perjuicios derivados para aquél por causa del incumplimiento de las obligaciones del tomador."

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Cas. Civ. de 7 de mayo de 2002. M.P. José Fernando Ramírez Gómez. Exp. 6181"Tratándose como se anticipó, de una variante de los seguros de daños, que se encuentran sometidos al principio indemnizatorio consagrado por el artículo 1088 del C. de Co., la obligación del asegurador consiste en resarcir al acreedor el daño o perjuicio que deriva del incumplimiento del deudor, hasta concurrencia de la suma asegurada. Bajo tal perspectiva, acaecido el siniestro, con la realización del riesgo asegurado, es decir, con el incumplimiento de la obligación amparada, del cual dimana la obligación del asegurador, incumbe al asegurado demostrar ante el asegurador la ocurrencia del mismo, el menoscabo patrimonial que le irroga (perjuicio) y su cuantía, para que éste a su turno deba indemnizarle el daño padecido, hasta concurrencia del valor asegurado.

A propósito del perjuicio en este tipo de seguro y la prueba del mismo, la Corporación en sentencia de 21 de septiembre de 2000, explicó lo siguiente: "En lo que toca con la carga probatoria sobre el monto de los perjuicios debe decirse que su imposición y satisfacción por el asegurado se explica, de un lado, porque la aseguradora no hace las veces de fiador de deuda ajena, pues asume la propia estipulada en la póliza, de carácter condicional, por supuesto distinta de la que contrajo el deudor del contrato objeto de aseguramiento; y de otro lado, porque, contrario a lo que sostiene la censura, el seguro de cumplimiento de que aquí se trata no es un seguro de valor admitido que permita deducir que el valor de la indemnización a cargo del asegurador es igual al valor asegurado que aparece en la póliza ."

F. COBRO DE LO NO DEBIDO

Como se demostrará a lo largo del proceso, Previsora no debe suma alguna a la Clínica San Rafael con ocasión del llamamiento efectuado a esta por la Nueva EPS.

Fundamento esta excepción en las normas que regulan la responsabilidad en el Código Civil y en el Código de Comercio, así como sus normas complementarias.

G. PAGO DEL DEDUCIBLE

En virtud del art. 1079 del C. de Co., *“el asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”*.

En tal sentido, en el improbable evento en que se condene a mi representada, el monto a indemnizar por parte de Chubb está restringido por el límite del valor asegurado pactado en la póliza de seguro, con un deducible del 10%, mínimo \$10.000.000 para la cobertura de RC Clínicas y Hospitales.

H. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Solicito a la h. Juez declarar probada cualquier otra excepción que derive de lo que se pruebe en el curso del presente proceso y que impida que las pretensiones de la demanda en contra de Previsora prosperen total o parcialmente.

VI. PRUEBAS

A. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS A CARGO DE NUEVA EPS Y EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL

Con fundamento en los artículos 265 y siguientes del C. G. del P. solicito se ordene una exhibición de documentos sobre documentos que reposan en la Nueva EPS y el Hospital Universitario Clínica San Rafael, que guardan estrecha conexión con los hechos en los que se soportan las razones expuestas en este escrito. La exhibición versará sobre los siguientes:

- Solicito a la Nueva EPS y al Hospital Universitario Clínica San Rafael que exhiba la(s) póliza(s) de seguro de responsabilidad civil extracontractual suscritas en cumplimiento de la obligación impuesta por la cláusula décima del contrato de prestación de servicios suscrito entre estas partes, en las que figure como asegurada la Nueva EPS.

La finalidad de esta exhibición es indagar si existen pólizas suscritas por el Hospital que tengan por objeto amparar la responsabilidad civil extracontractual en que pueda incurrir el Hospital y la Nueva EPS, con ocasión del contrato de prestación de servicios suscrito entre estas.

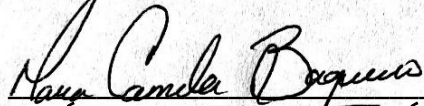
VII. NOTIFICACIONES

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, en la Calle 57 # 9 - 07, Bogotá D.C, o en el correo electrónico para notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@previsora.gov.co

LA SUSCRITA APODERADA: Dirección de notificación avenida cra. 19 #100-45 oficina 10-123 en la ciudad de Bogotá D.C. Dirección de Correo: m.baquero@lexia.co

De la H. Juez.

Atentamente,



MARÍA CAMILA BAQUERO IGUARÁN

C. C. No. 1.083.007.108. de Santa Marta

T. P. No. 312.100 del C. S. de la J