Señores
JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
j02cccali@cendoj.ramajudicial.gov.co
E S D

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA
CONTESTACION DE LA DEMANDA
DEMANDANTE ELKIN OCTAVIO ARIAS Y O.
DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFANDI Y O.
RADICACIÓN 2017-00258

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN, identificado con la cédula de ciudadanía N° 16.678.028 expedida en Cali, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 41.291 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado **CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA – COMFANDI**, demandada dentro del proceso de la referencia, de conformidad con el poder adjunto y aceptado, procedo a contestar la demanda, acorde con el contenido del Auto admisorio de la demanda. Para ello, siguiendo el orden propuesto en la demanda, estructuraré la contestación de la demanda así:

I. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS DECLARACIONES Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Por considerarlas absolutamente infundadas, al no existir falla probada en el servicio, ni daño antijurídico indemnizable, ni nexo causal entre aquélla y éste, no puede surgir obligación indemnizatoria para los demandados, en particular para mi poderdante, Por ello, me opongo todas y cada una de las declaraciones y condenas y pretensiones de la demanda.

Por lo tanto, rechazamos, en nombre de mi poderdante, toda referencia irreflexiva que en la demanda se hace respecto de una supuesta negligencia médica del equipo médico de COMFANDI bajo el supuesto de imputar falta de atención y tratamiento por falta de cobertura, lo que es absolutamente falso y por tanto equivoco; pues, como se demostrará a través de todos los medios de prueba que solicito sean decretados, la conducta medica se ajustó en todo momento a los cánones y principios de la Medicina, vale decir a la lex artis ad-hoc , sin que se advierta en los hechos de la demanda ni en los medios de prueba allí pedidos que exista siquiera un indicio que valide esa imputación, de por sí temeraria y vejatoria de los derechos de mi poderdante, quien actuó con base en el principio de beneficencia, como se ampliará en la excepción de mérito correspondiente. En todo caso dado el influjo de la patología de base que afecto al paciente contribuyó, de manera decisiva, a que se produjera el mortal resultado, luego de los ingentes esfuerzos terapéuticos practicados no solo en Clinica Amiga sino también en la Fundación Valle del Lili. Luego de cerca de un mes de atención medica en las dos instituciones de salud.

Respecto de los perjuicios solicitados, en la petición condenatoria, debo manifestar, globalmente, que me opongo a que se reconozca cualquier clase de perjuicios, por cuanto ese concepto va íntimamente ligado con la antijuridicidad del daño, que aquí no existe, como se planteará en la excepción de mérito correspondiente, toda vez que el factor antijuridicidad no está presente en los hechos acaecidos respecto de la atención brindada al paciente JUAN SEBASTIAN ARIAS GALLEGO (q.e.p.d.), sino que por el contrario el daño tiene que apreciarse a partir de esa compleja causalidad derivada de la patología CATASTROFICA (LLA) que desencadenara el fatal desenlace en el paciente.

Adicionalmente, resulta pertinente poner de presente al Despacho que los conceptos solicitados como perjuicios por la parte actora tienen varias deficiencias:
Dada la línea jurisprudencial que ha establecido con criterios para la reparación de los perjuicios inmateriales.

En relación con el lucro cesante consolidado y futuro, en definitiva, no está acreditado el supuesto menoscabo que in genere se reclama por y para los afectados, pues más allá de la inocua cuantificación a través de las diversas fórmulas matemáticas, es necesario e indispensable constatar, a través de medios idóneos, que ciertamente no están presentes en el proceso, la supuesta lesión patrimonial sufrida por todos los demandantes, por lo que, consecuencialmente, es una petición destinada al fracaso.

Por lo tanto, rechazamos, en nombre de mi poderdante, cualquier referencia que en las pretensiones indemnizatorias se haga, directa o indirectamente, a su conducta médica, pues ella fue correcta, diligente y carente de culpa sin vocación de generar daño alguno.

Revisada la historia clínica se constata que el diagnostico de leucemia linfoblástica aguda (**LLA**) del paciente que se obtuvo el 1.10.2015 mediante un aspirado e inmunofenotipo de medula ósea practicado en FVL. Pese al manejo instaurado inicialmente en Clinica Amiga y luego en FVL se traduce en una pésima respuesta al tratamiento de quimioterapia y evidenciándose una enfermedad refractaria y agresiva al tratamiento. Lo que se esperaba era que el paciente con el tratamiento de la quimioterapia tuviera una remisión de la enfermedad. Sin embargo, no respondió al tratamiento indicado, lo que lo hace de un mal y ominoso pronostico.

Tales efectos eran de conocimiento por parte del paciente y su familia como efectos adversos del tratamiento de quimioterapia. Se presentan muchas complicaciones con la Quimioterapia como son: infecciones severas, mucositis (inflamación severa de mucosas), infecciones oportunistas por hongos, desequilibrios hidroelectroliticos (diarrea, deshidratación, disminución de potasio y magnesio). Desafortunadamente el joven JUAN SEBASTIAN llego a padecer una enfermedad de un comportamiento agresivo y el paciente aun con tratamiento aceptado evoluciono a un deterioro clínico severo en pocos días que lo llevo al deceso.

En tal virtud, Señor Juez, desde ya, le ruego se sirva desestimar en la sentencia dichas pretensiones y condenar en costas a la parte actora.

II. **PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA**

Al hecho primero: **No es un hecho**. Son afirmaciones de carácter subjetiva que formula el apoderado de la parte actora. En todo caso NO son ciertas. En particular la afirmación que se hace en cuanto que el joven JUAN SEBASTIAN ARIAS GALLEGO falleció “debido a la falta de atención médica o de negligencia médica”. Dado que el caso medico de JUAN SEBASTIAN Se trató de un paciente de 18 años en quien se documentó el

diagnóstico de ***leucemia[1] linfoblástica aguda[2]*** (LLA)(compatible con leucemia linfoblástica B tipo maduro)según reporte de citometría realizada **el 01.10.2015** en Fundación Valle del Lili (donde ingresara a dicha institución desde 7 días antes el **25.09.2015** remitido de la Clinica Amiga), es de precisar que al ingresar a la Clínica Amiga desde el día 21 .09.2015 se realizaron interconsultas, paraclínicos e intervenciones necesarias con el fin de darle atención integral al paciente, lo cual está documentado en la historia clínica de manera secuencial, describiendo las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que intervinieron en su atención. El acto médico realizado se ejecutó por profesionales idóneos dentro de la *lex artis ad hoc* teniendo en cuenta el desarrollo

---

[1] Las leucemias son un grupo de desórdenes heterogéneos con características clínicas, histológicas, citogenéticas, moleculares y pronosticas diversas. El sistema de clasificación de las **neoplasias hematológicas** de la Organización Mundial de la Salud propuesto en el 2008 (1) y su actualización del 2016 (2), describe las neoplasias hematológicas como entidades específicas partiendo del principio de que es posible clasificar las enfermedades en aquellas originadas en células de linaje mieloide o linfoide y, en cada uno de estos grupos, en las que se originan en células maduras o células precursoras. De esta forma, la leucemia linfoblástica aguda y la leucemia mieloide aguda, corresponden a enfermedades originadas en células precursoras y la leucemia mieloide crónica al grupo de neoplasias mieloproliferativas crónicas. La leucemia linfocítica crónica se agrupa dentro de las neoplasias de células B maduras y es considerada como una misma entidad con el linfoma linfocítico de célula pequeña por lo que no será considerada dentro de esta Guía de Práctica Clínica (GPC) Para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide. (2).

[2] **La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia clonal maligna de las células B y T progenitoras que produce falla medular y pancitopenia debido al remplazo de las células normales de la médula ósea por células tumorales.** ***Los síntomas de la leucemia linfoblástica aguda pueden ser generales e inespecíficos***. *En pacientes con leucemia linfoblástica aguda, los síntomas derivados del compromiso medular están dados por la presencia de anemia, trombocitopenia o neutropenia, con manifestaciones clínicas de astenia, palidez, sangrado o fiebre.*

Para el diagnóstico y clasificación de la leucemia linfoblástica aguda se debe realizar:

1. *Estudio morfológico completo: tomar muestras de sangre periférica, aspirado de médula ósea y biopsia de médula ósea*
2. *Inmunotipificación por citometría de flujo en todos los casos para un diagnóstico definitivo*
3. *Estudios genéticos (cariotipo convencional y genética molecular) en particular para detectar anormalidades citogenéticas que confieren pronóstico adverso*

La atención clínica de los pacientes con LLA es compleja e implica la utilización de diferentes estrategias de soporte encaminadas a diagnosticar y tratar las complicaciones propias de la enfermedad, así como las derivadas del tratamiento con quimioterapia citotóxica. Guía de Práctica Clínica (GPC) Para la detección, tratamiento y seguimiento de leucemias linfoblástica y mieloide.

científico, complejidad del acto médico, disponibilidad de equipo y medios de trabajo, y las circunstancias específicas de la enfermedad del paciente además se observó la aplicación del principio de beneficencia en donde todo el tiempo se buscó el bien del paciente.

Durante la atención se pudo observar estricta continuidad, integralidad y oportunidad de todas las intervenciones que el paciente requirió (en total se documentaron 18 evoluciones médicas, más de 33 exámenes paraclínicos, notas de enfermería, seguimiento estricto de signos vitales, transfusión de hemoderivados, administración de medicamentos, etc.), cuando se identificó la necesidad de un traslado a mayor nivel de complejidad este se realizó. En el análisis no se detectaron retrasos de calidad o eventos adversos, que evidencien fallas en la atención del paciente. Esta conclusión se puede hacer del examen integral de la historia clínica de la atención brindada por el equipo de salud de COMFANDI[3]. Por lo que no corresponde a la verdad la afirmación temeraria formulada en este hecho. El motivo de la remisión fue de una parte por no contar en el momento con disponibilidad de UCI para garantizar la sobrevivencia del paciente y de otra parte por el requerir manejo de especialidad de hematología, con la que no contaba Clinica Amiga y para continuar manejo de mayor nivel de complejidad con el que si contaba la capacidad técnica de la Fundación para ese momento, de acuerdo con lo que demandaba la atención medica del paciente.

Lamentablemente el paciente fallece el 15 de octubre de 2015, es decir 20 días después de remisión a clínica valle del Lili, con el diagnóstico ya anotado de leucemia linfoblástica aguda, sumado a múltiples complicaciones debidas a su enfermedad del base: bacteriemia por germen multirresistente, hipotensión requiriendo soporte con vasopresores, acidosis metabólica, hiperlactatemia, con falla renal asociada no oligúrica, disfunción multiorgánico, insuficiencia respiratoria; es decir el paciente fallece debido a la complejidad de la enfermedad que padeció.

Al hecho segundo: **No es cierto**. en el Contexto clínico del caso del paciente JUAN SEBASTIAN al examinar la historia clínica de la atención brindada en COMFANDI (Clinica Amiga) se puede evidenciar que Se trata de un paciente de 18 años a quien 14 días antes de la consulta a Clínica

[3] A tal conclusión llega en su informe y análisis de historia clinica, la Dra. Eliana Carabalí Isajar de Seguridad del paciente

Amiga se le realiza en IPS de Medellín apendicectomía. Ingresa a Clínica Amiga el 21.09.2015, refiriendo aparición de secreción serosanguinolenta y dolor en herida quirúrgica, en el examen físico de ingreso se evidenció hematoma de pared, por lo cual se sospecha una posible complicación postquirúrgica y se realiza interconsulta a cirugía general.

A su vez se le realizan exámenes paraclínicos en los que se observó descenso significativo en el conteo de plaquetas razón por la cual el equipo médico inicia la búsqueda del origen etiológico de los signos y síntomas del paciente.

La especialidad de cirugía general considera que el hematoma en la herida quirúrgica puede estar asociado al descenso de plaquetas (*trombocitopenia*). Se interconsulta además a medicina interna quienes ordenan paraclínicos con el fin de dilucidar el tipo de trastorno hematológico que padece el paciente, razón por la cual solicitan más laboratorios e instauran manejo clínico que incluye la transfusión de plaquetas; ante el riesgo de sangrado y la condición clínica del paciente toman como conducta remitir al usuario a una institución de mayor nivel de complejidad en donde pueda ser valorado por especialistas en *hematología* y reumatología.

Finalmente, el paciente es remitido el 25.09.2015 a la IPS Fundación Clínica Valle del Lili donde según copia de historia clínica se le realiza *biopsia aspirativa de médula ósea*, *citometría* y *cariotipo* es valorado por infectología quién inicia profilaxis antimicrobiana 28.09.2015, fue valorado por cirugía general y radiología por hematoma presacro quienes deciden dar manejo médico por la *trombocitopenia severa*. Estando el paciente en dicha institución según reseña la historia de la Fundación FVL *el 01.10.2015 se realiza el primer reporte de citometría con reporte compatible con leucemia linfoblástica B tipo maduro* (obsérvese que el diagnostico definitivo solo se pudo obtener 7 días después del ingreso a la Fundación FVL), para lo que el 03.10.2015 inician protocolo de manejo con *quimioterapia* con una aparente buena evolución hasta el 09.10.2015 cuando el paciente presenta nuevamente fiebre se realiza hemocultivos con K. pneumoniae (germen oportunista que frente a la condición de inmunosupresión generada por la condición patológica de base en curso) (KPC) inician manejo con antibióticos y se traslada a UCI.

En la UCI el paciente persiste con anemia importante, trombocitopenia severa requiriendo múltiples hemoderivados y transfusión de plaquetas, sin embargo continúa con evolución tórpida con pancitopenia postquimioterapia, requerimiento de hemoderivados, neutropenia febril severa, bacteriemia por germen multirresistente, hipotensión requiriendo soporte con vasopresores, se documentó acidosis metabólica, hiperlactatemia, con falla renal asociada no oligúrica, disfunción multiorgánico, insuficiencia respiratoria, requiriendo intubación y ventilación mecánica, se le explica a la familia y finalmente el paciente fallece, a las 20:10 del 15.10.2015.

Se puede advertir que el paciente conto siempre con el tratamiento requerido en su oportunidad independientemente de que los familiares promovieran o no acción de tutela.

Al hecho tercero: **No es cierto** como lo afirma el apoderado de la parte actora. El joven JUAN SEBASTIAN ARIAS GALLEGO para el momento de consultar por urgencias era mayor de edad (18 años cumplidos) por lo que debía estar afiliado de manera independiente como lo dispone la normatividad pertinente sobre la materia. Mucho menos es cierto que en la estancia hospitalaria en que consulto y fue hospitalizado en COMFANDI entre los días 21 a 25 de septiembre se le presto toda la atención medica con los medios de que se disponía en el nivel de complejidad con que se contaba. Independientemente de que formularan tutela o no, al joven JUAN SEBASTIAN se le brindo toda la atención necesaria en procura de su bienestar, de manera pertinente y oportuna.

El paciente es atendido una vez ingresa a la institución contando con la valoración de un médico general quien a su vez interconsulta a las especialidades médicas pertinentes según los signos y los síntomas del paciente esto es, cirugía y medicina interna, además solicita las pruebas diagnósticas necesarias para complementar el ejercicio clínico.
Oportunidad de decisión y la acción: **1**. Como consta en la historia clínica la familia y el paciente fueron informados de todos los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente. **2**. Se evidenció que el paciente contó con las intervenciones del equipo de salud en forma integral de manera oportuna, lo cual se puede observar en la historia clínica en los intervalos de evoluciones médicas, notas de enfermería, respuesta a interconsultas, solicitud y reporte de exámenes paraclínicos.
Acceso a la atención / Logística de referencia: **1**. Oportunidad de la remisión: según anotaciones de la historia clínica una vez los especialistas en medicina interna toman como conducta remitir al paciente a un mayor nivel de complejidad donde pueda ser

valorado por hematología, la clínica inicia los trámites administrativos y clínicos pertinente, finalmente el paciente es trasladado a FCVL: "*25.09.2015 Hora: 16:21 paciente con historia clínica anotada no hay hematología en clínica amiga notas de internistas refieren que el paciente debe ser remitido como urgencia vital a nivel de mayor complejidad, donde tengan hematología o reumatología"*

Calidad de la atención: **1**. Tratamiento oportuno: el paciente fue atendido dentro de los parámetros de oportunidad en cada una de las intervenciones que fueron necesarias incluyendo interconsultas, paraclínicos, imágenes diagnósticas y administración de tratamiento. **2**. Calidad de la atención en cuanto a identificación del riesgo: La calidad de la atención fue suficiente y adecuada, ya que una vez se identifica el estado de salud, la posible complicación de la apendicectomía previa fue valorado por cirugía general y una vez se observó el descenso significativo de plaquetas en el paciente se interconsulta con medicina interna quienes a su vez definen la remisión a mayor nivel de complejidad. **3**. Personal suficientemente capacitado para la atención: durante la estancia hospitalaria del paciente fue atendido por médicos generales, cirugía general, medico internistas, médico intensivista, enfermeros jefes, auxiliares de enfermería, todos los anteriores con los debidos soportes de su idoneidad académica y científica respaldada por el proceso de talento humano de la Clínica Amiga.

Evoluciones médicas realizadas durante los 3 días de estancia del paciente:

Evoluciones médicas e interconsultas realizadas			
Número	Fecha	Hora	Especialidad
1	21.09.2015	9:42:03 p. m.	Medicina general
2	22.09.2015	1:51:00 a. m.	Medicina general
3	22.09.2015	2:15:00 a. m.	Cirugía general
4	22.09.2015	2:44:00 a. m.	Medicina general

5	22.09.2015	7:00:00 a. m.	Medicina general
6	22.09.2015	9:14:00 a. m.	Medicina general
7	22.09.2015	4:15:00 p. m.	Medicina Interna
8	22.09.2015	21:57: 00 PM	Medicina general
9	23.09.2015	6:14:00 a. m.	Cirugía general
10	23.09.2015	10:06:00 a. m.	Medicina general
11	23.09.2015	10:59:00 p. m.	Medicina general
12	24.09.2015	10:14:00 a. m.	Medicina Interna
13	24.09.2015	12:05:00 p. m.	Medicina general
14	24.09.2015	11:28:00 p. m.	Intensivista
15	25.09.2015	2:32:00 a. m.	Medicina general
16	25.09.2015	11:17:00 a. m.	Medicina general
17	25.09.2015	13:10 PM	Intensivista
18	25.09.2015	4:21:00 p. m.	Medicina general

Evaluación de cumplimientos a protocolos y guías: no se evidenció incumplimiento, durante la atención cada una de las especialidades ciñó su actuar médico a las guías y protocolos respaldados en medicina basada en la evidencia, con base en la impresión diagnóstica realizada.

Suficiencia en recursos: tales como medicamentos y hemoderivados: en la atención del paciente se contó con los medicamentos y hemoderivados necesarios para la atención

tal y como se anota en la historia clínica. Todos los medicamentos que requirió fueron gestionados para el tratamiento del paciente además de la realización de la transfusión de *2 pool de plaquetas*.

Atención en niveles acordes al nivel de atención: según anotaciones de la historia clínica una vez los especialistas en medicina interna toman como conducta remitir al paciente a un mayor nivel de complejidad donde pueda ser valorado por hematología, la clínica inicia los trámites administrativos y clínicos pertinente, finalmente el paciente es trasladado a FCVL.

Calidad de apoyos diagnósticos: durante la hospitalización el usuario pudo acceder a pruebas diagnósticas pertinentes Ej. hemogramas, química sanguínea, seguimiento de la función renal, tiempos de coagulación, función hepática, niveles de vitamina B 12 y ácido fólico, haptógenos, etc., aproximadamente 33 pruebas en Clinica Amiga y fue remitido a mayor complejidad con el fin de que se le realizaran las demás pruebas recomendadas por hematología.

Historia Clínica: Tal como se evidencia en los registros no hubo fallas que entorpecieran la atención del paciente, se cuenta con las anotaciones oportunas de las evoluciones médicas diarias, interconsultas, reporte e interpretación de paraclínicos, diagnóstico y plan de manejo.

Trámites administrativos realizados con el paciente

Comfandi se ajusta a la normatividad vigente ley 100, ley 1122, ley 1438 y las demás normas que las modifiquen, en el sentido de la obligatoriedad de la prestación de servicios demandados por cualquier usuario.

Según HC al usuario se le prestó los servicios que demandó en su urgencia, cabe aclarar que los conceptos administrativos no priman sobre la atención de urgencias y menos sobre la vida de cualquier persona sin distinción de credo y raza, en ese orden de ideas se puede validar la HC del usuario y constatar que se le prestó la atención demandada.

Después de la prestación inicial de urgencias se debe identificar el pagador, que en este caso presentaba problemas administrativos (no tenía pagador responsable: sin EPS para ese momento), por esta razón se le solicitó por parte administrativa un depósito para

ingresarlo como particular, pero se reitera después de que se le había venido prestando atención en su urgencia.

Según la BDUF (base de datos única de afiliados FOSYGA) el usuario no se encuentra compensado en septiembre y en octubre del 2015 fecha en la cual se presentó la urgencia en Cali, cabe aclarar que el usuario es oriundo de Medellín Antioquia por lo tanto debió presentar certificado de movilidad que en ese fecha era necesario, reportar al ente territorial que se desplazaría a otro ente territorial para conservar su calificación en la encuesta del SISBEN, ahora bien se validó la calificación del DNP no presentando calificación alguna lo cual le da un estatus de que puede asumir los costos que por atención demande.

De acuerdo a todo lo anterior la clínica Amiga se ajustó a todos los procesos que demanda la norma para realizar el cobro respectivo de la atención del usuario.
Se anota que las facturas *SD 12958417* por valor de $4.595.622 y la factura *SD13152680* por valor de $1.781.400 no fueron reconocidas por el ente territorial, en otras palabras la atención de este usuario no fue asumida por el Estado hasta la fecha.

Al hecho cuarto: **No es cierto**. NO existe ninguna evidencia objetiva que permita concluir como lo afirma el apoderado de la parte actora en este hecho que estuviera cursando con una peritonitis y mucho menos que consecuencia de esta se haya producido su evolución tórpida, máxime que la historia clínica evidencia otra condición patológica de base que curso y llevo al desafortunado desenlace al joven JUAN SEBASTIÁN. Deberá probarlo con validez científica.

Al hecho quinto: **No es cierto**. Es absolutamente falso y temeraria esta afirmación, por cuanto la historia clínica permite evidencia contrario a lo afirmado en este hecho que al paciente JUAN SEBASTIAN se le realizaron exámenes paraclínicos en los que se observó descenso significativo en el conteo de plaquetas razón por la cual el equipo médico inicia la búsqueda del origen etiológico de los signos y síntomas del paciente.
La especialidad de cirugía general considera que el hematoma en la herida quirúrgica puede estar asociado al descenso de plaquetas (*trombocitopenia*). Se interconsulta además a medicina interna quienes ordenan paraclínicos con el fin de dilucidar el tipo de trastorno hematológico que

padece el paciente, razón por la cual solicitan más laboratorios e instauran manejo clínico que incluye la transfusión de plaquetas; ante el riesgo de sangrado y la condición clínica del paciente toman como conducta remitir al usuario a una institución de mayor nivel de complejidad en donde pueda ser valorado por especialistas en *hematología* y reumatología. Deberá probarlo con validez científica.

Al hecho sexto: **No es cierto**. Es absolutamente falso y temeraria esta afirmación, por cuanto la historia clínica permite evidencia contrario a lo afirmado en este hecho que al paciente JUAN SEBASTIAN se le brindo con suficiencia los medicamentos y hemoderivados que demando la atención del paciente, para ello se contó con los medicamentos y hemoderivados necesarios para la atención tal y como se anota en la historia clínica. Todos los medicamentos que requirió fueron gestionados para el tratamiento del paciente además de la realización de la transfusión de *2 pool de plaquetas*. Lo que evidencia la demanda es incoherencia para entender la situación de salud que llego a presentar el paciente y negación de la realidad, por lo que nos remitimos para dar respuesta a la totalidad de los hechos a la historia clínica y el Informe y análisis de seguridad del paciente rendido por la profesional de la medicina Eliana Carabalí Isajar, pues en Clinica Amiga se dieron todas las medidas de soporte en tanto se remitía a institución de salud con capacidad especializada para ello (hematología). Se considera LLA una enfermedad de mal pronóstico, agresiva y de evolución rápida al deterioro, y ello explica desafortunadamente el desenlace que tuvo el caso del Joven JUAN SEBASTIAN. Por lo demás deberá probar la parte actora, todas y cada una de sus afirmaciones con validez científica.

III. EXCEPCIONES DE FONDO

EXCEPCIÓN PRIMERA.- LOS ACTOS MÉDICOS REALIZADOS POR EL EQUIPO MEDICO DE COMFANDI SE CUMPLIO CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO, CONFORME CON LA LEX ARTIS Y SIN CULPA.

A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito médico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos.

Como se puede observar, el equipo médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco, también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo

que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la lex artis se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que "debe hacerse", lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura médica donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar.

Concluyese de lo anterior que, en materia médica, es válida la afirmación en cuanto que a "cada acto, una ley ", en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una lex que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que, indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

En el presente asunto, el comportamiento del equipo medico de COMFANDI se ajustó a las guías, protocolos, procedimientos y, en general, a todos aquellos principios y normas que informan y configuran la lex artis de la ciencia médica en punto de la atención de un paciente con las patología de base que presentaba el joven JUAN SEBASTIAN, Y la conducta de del equipo médico de COMFANDI carece de culpa.

<u>EXCEPCIÓN SEGUNDA</u>.- LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO[4] Y NO DE RESULTADO

[4] PARRA GUZMÁN, Mario Fernando. Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica. Bogotá: Doctrina y Ley, 2004, p. 45, cuando señala "es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad."

ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO COMFANDI.

Desde el punto de vista de la atención en salud brindada al paciente JUAN SEBASTIAN (q.e.p.d.) por parte del equipo médico de COMFANDI, le correspondió atenderlo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, empleando todos los medios a su alcance para procurar por la salud de la paciente, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado, en razón, precisamente, de las características propias de dicha disciplina y en atención al reconocimiento de los factores de riesgo que conlleva todo tratamiento médico, que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado, consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento o la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Basta traer a colación la posición adoptada por el Consejo de Estado sobre el particular:
"...*Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad*"[5]

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.[6] Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.[7] Lo mismo se deriva de la ley 1438 del 19 de enero 2011, que en su artículo 104, modificatorio del artículo 26 de la ley 1164

[5] CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Sentencia de 24 de agosto de l998. Expediente 11.833 C. P.: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros.
[6] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.
[7] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez

de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo médico de COMFANDI son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

EXCEPCIÓN TERCERA: **EL EQUIPO MEDICO DE COMFANDI OBRÓ DE BUENA FE Y CON FUNDAMENTO EN EL "PRINCIPIO DE BENEFICENCIA ".**

Los actos médicos ejecutados por el equipo médico de COMFANDI siempre estuvieron circunscritos a los principios éticos y deontológicos de la profesión médica, así como al postulado de la buena fe recogido en el artículo 83 de la Constitución Política, en armonía con el derecho fundamental del debido proceso, previsto en el artículo 29 de la Carta, en especial en lo concerniente a la presunción de inocencia y con base en el principio de beneficencia, como una manifestación de aquélla y de la correcta actuación desde un punto de vista ético y bioético, ya en el campo de la equidad, en cuanto al equipo médico siempre obro con la convicción y vocación motivada por la idea altruista de hacer el bien[8] a su prójimo que, en el caso particular, lo fue la paciente JUAN SEBASTIAN (q.e.p.d.), sin que ello pueda ser cuestionado a partir de falsas imputaciones que se hacen aun en medio del duelo que embarga los accionantes.

No se puede negar que en la atención del equipo médico de COMFANDI existió un claro esfuerzo del equipo de salud por asegurar el bienestar del paciente[9], entendiéndose que el ejercicio de todos sus actos médicos estuvo orientado por esa obligación positiva de procurar por la recuperación de la paciente JUAN SEBASTIAN (q.e.p.d.), conjugándola con el principio hipocrático de no causar ningún daño.[10]

[8] SIURANA APARISI, Juan Carlos. Los Principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. En: Veritas, N° 22 (marso de 2010), p. 121-157. Disponible en internet: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006

[9] Informe Belmont. Disponible en internet: https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmontreport/index.html

[10] MARSH, Henry. Ante todo, no hagas daño. Barcelona: Salamandra, 2016.

<u>EXCEPCIÓN CUARTA</u>: INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURANTES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

Se fundamenta esta excepción en la inexistencia de los elementos estructurantes de la responsabilidad administrativa (daño antijurídico, falla probada del servicio y relación causal entre aquél y ésta) para el caso concreto, lo que extingue cualquier posibilidad de despachar favorablemente la condena pretendida por la parte actora en su demanda en contra de los demandados y, por contera, en contra de mi poderdante.

Así, se tiene que no existe un daño antijurídico13 para los demandantes, por cuanto la muerte del paciente como consecuencia de una circunstancia fortuita, que no puede ser imputable a COMFANDI y su equipo medico, sino que más bien es una de aquellas ineluctables eventualidades del riesgo de morir que forzosamente tiene que ser aceptada y soportada por los demandantes familiares del joven JUAN SEBASTIAN, quien llego a padecer una enfermedad catastrófica. Habiendo actuado el equipo de salud de COMFANDI con diligencia y sin culpa, por lo que, extrapolando, su conducta no contribuyó en manera alguna Al desafortunado desenlace, mucho menos se puede establecer, entonces, un nexo causal entre el daño, que ya se anotó no es antijurídico y que los demandantes deben soportar, con la conducta carente de culpa del equipo medico de COMFANDI.

<u>EXCEPCIÓN QUINTA</u>.- INEXISTENCIA DE ERROR DIAGNÓSTICO

Debido a una básica estructuración desde la lógica, no es posible plantear un error de diagnóstico allí en donde todavía no hubo la oportunidad de realizar un diagnóstico.

En efecto, para que pudiera haber existido un diagnóstico definitivo relativo a la *leucemia linfoblástica aguda* en el paciente era necesario que un médico Hematólogo lo estudiara, y por ello debía ser remitido a otra institución de salud que contara con dicho especialista, además del requerimiento de otros estudios especializados y manejo especializado en Hematología del que no disponía COMFANDI y fue cuando de manera oportuna se solicitó la remisión a la FVL que si contaba con tal logística. Adicionalmente requería de atención en UCI de la que no se disponía en el momento que el paciente demandaba dicha atención, no obstante, se tuvo en área de *reanimación* que está dotada con soportes y tecnología semejante al de una UCI para que temporalmente mientras se obtuviera su remisión a mayor nivel se pudiera soportar el paciente hemodinámicamente estable.

Finalmente, el Señor Juez deberá tener en cuenta que en la valoración del error diagnóstico debe atenderse a la presencia del factor culpa en su gradación más alta, como para apreciar su carácter determinante en el daño, de conformidad con lo previsto en nutrida jurisprudencia vertical.

<u>EXCEPCIÓN SEXTA</u>.- SUBSIDIARIA PARA QUEBRAR EL NEXO CAUSAL: CONFIGURACIÓN DE UN CASO FORTUITO QUE EXONERA DE RESPONSABILIDAD A LOS DEMANDADOS, ENTRE ELLOS MI PODERDANTE.

En el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta médica y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por la configuración del *caso fortuito*, circunstancia esta que se define, como aquella que no ha podido preverse, o que siendo prevista no haya podido evitarse, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye la inevitabilidad. Y el caso fortuito lo determina la complicación misma del paciente JUAN SEBASTIAN, que le causó el choque sistémico.

En efecto se tiene dicho que no debe perderse de vista que también la ciencia médica tiene sus limitaciones y que en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo riguroso o a las previsiones más prudentes y por ende obliga a restringir el campo de la responsabilidad. Consecuentemente, la falta de éxito, el agravamiento del estado del paciente, la aparición de complicaciones o preexistencias de tipo congénito en la medida que no obedecen a la gestión culposa del propio galeno, y que en cambio son atribuibles a las limitaciones propias de la ciencia médica frente a la etiología y solución anticipada, constituye contingencias puramente aleatorias del curso de la patología o enfermedad, que le son absolutamente irreprochables frente al actuar médico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas, se produjeran indeseadas derivaciones, no será responsable el médico tratante en la medida que concurra en la especie las imprescindibles notas de imprevisibilidad o inevitabilidad que caracteriza todo casus.

Que como en el caso en estudio la presencia de patología de base, a pesar de la atención médica finalmente, no impidieron que, no obstante, de manera tórpida que se tornó en irresistible se presentara un desenlace fatal desafortunadamente.

Como lo señala el tratadista Mosset Iturraspe:
"el organismo humano puede tener reacciones, alteraciones, vicisitudes en una palabra que pueden ser calificados como"casus", verdaderos fortuitos, hechos que escapan al conocimiento científico aquilatado, verdaderos imponderables" será así una circunstancia de inocuidad del acto médico con la consecuente ausencia de culpa".[11]

En suma, la patología de base de mal pronóstico irrumpió de manera grave y con una evolución tórpida por lo que su desenlace desafortunado se presentó de manera irresistible y por tanto superando todo manejo medico e institucional fortuitamente y causando el fallecimiento del joven JUAN SEBASTIAN. Esa circunstancia, por sí sola es suficiente para romper o quebrar cualquier nexo causal que se intentara configurar.

EXCEPCIÓN SEPTIMA.- AL CORRESPONDERLE LA CARGA DE LA PRUEBA A LA PARTE ACTORA IMPLICA QUE SI NO ACREDITA FEHACIENTEMENTE LA CULPA MÉDICA Y LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON EL DAÑO NO SERÁ POSIBLE ATRIBUIR RESPONSABILIDAD A LOS DEMANDADOS, ENTRE ELLOS MI PODERDANTE.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la carga de la prueba 16, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos, como en este caso, por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó la terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente en la medida de lo posible, no obstante, las muy difíciles condiciones impuestas por su patología de base.

Si bien es cierto que la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es, sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido, el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar

[11]MOSSET IRURRASPE, Jorge. Responsabilidad civil del médico. Buenos Aires: Astrea, 1979, p. 67.

de la diligencia y prudencia en su actuar. Bien lo señaló la Corte Suprema cuando afirmó que "el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado".[12]

El onus probandi permanece inmodificable, es decir la carga recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa médica, y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado[13]se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la lex artis, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que, en general, son de medio. En ese sentido, el tratadista Javier Tamayo Jaramillo expresó: "tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el alea de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado".[14]

En esta materia basta señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general buscan la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

---

[12] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001 (exp. N° 5507). M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

[13] Sentencia de 5 de marzo de 1940 y reiterada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 ya citada.

[14] TAMAYO JARAMILLO, Javier. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Bogotá: Temis 1997, p. 154.

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

De conformidad con las normas procesales aplicables, le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue.

EXCEPCIÓN OCTAVA.- TENIENDO EN CUENTA QUE EL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ES EL SUBJETIVO DE LA CULPA PROBADA, SI LA PARTE ACTORA NO LA ACREDITA, SUS PRETENSIONES DEBEN SER DESESTIMADAS.

La responsabilidad civil es una de las fuentes de las obligaciones y básicamente consiste en la obligación que surge para un sujeto de derecho de indemnizar el daño que ha causado, de manera directa o indirecta, a otro sujeto de derecho que lo sufre. Esa indemnización puede ser determinada en dinero o in natura.

Generalmente, la responsabilidad civil se ha clasificado en dos grandes áreas, dependiendo si la obligación indemnizatoria surge de un acto jurídico o de un hecho jurídico. Es decir, si ha mediado o no la existencia de un contrato. Por ello, en la legislación colombiana es posible establecer la clasificación en responsabilidad civil contractual (arts. 1602 y s.s. del Código civil) o en responsabilidad civil extracontractual (responsabilidad común por los delitos y las culpas, arts. 2341 y s.s. del Código Civil).
A su turno, la responsabilidad médica en cuanto "modalidad específica de la profesional, configura [un] sistema compuesto por la proyección e incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad sicofísica de la persona, la dignidad humana, el libre desarrollo de la personalidad y

los derechos fundamentales del sujeto"[15], que también está sujeta a la clasificación general de la responsabilidad civil, como ya se advirtió, en contractual o extracontractual, se reitera, dependiendo de si entre los sujetos existe un vínculo jurídico previo (contrato).

Desde otra perspectiva, la responsabilidad civil de tipo extracontractual ha sido subclasificada en responsabilidad por el hecho propio, responsabilidad por el hecho ajeno, responsabilidad por el hecho de las cosas y responsabilidad por actividades peligrosas. También existe una categorización de la responsabilidad civil en donde está ausente la culpa en cuanto factor de atribución y es la responsabilidad objetiva.

Ahora bien, haciendo abstracción a ciertas modalidades de la responsabilidad civil, como lo son la responsabilidad por actividades peligrosas y la responsabilidad objetiva, desde el punto de vista de la carga de la prueba existe una previsión global, consagrada en las normas sustanciales y procesales aplicables[16], la cual preceptúa que le corresponde a la parte actora probar el supuesto de hecho de la norma que consagra el efecto jurídico que ella persigue. Este paradigma, previsto en la ley, como regla general, ha sido reiterado tanto por la Corte Constitucional[17] como por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en copiosa jurisprudencia[18].

Ahondando en los argumentos del canon precitado, basta señalar que ya en el Derecho Romano, desde el mismo momento en que se formuló la concepción de la actio , se estableció que la carga de probar recaía en el actor, lo cual no hace sino validar la inmanente relevancia del clásico ordenamiento y su permanente influjo en el Derecho moderno.[19] En ese mismo sentido se

[15] CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de noviembre de 2011 (Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01). M. P. Dr. William Namén Vargas.
[16] Artículos 1.757 del Código Civil y 167 del Código General del Proceso.
[17] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P.: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz; Sentencia C-202 del 8 de marzo de 2005 (Exp. N° D-5336). M. P.: Dr. Jaime Araujo Rentería y Sentencia C-086 del 24 de febrero de 2016 (Exp. N° D-10902). M. P.: Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.
[18] Véanse las sentencias de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil del 5 de marzo de 1940 (G.J. t. XLIX, págs. 116 y s.s.); del 15 de marzo de 1996. M. P.: Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss; del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez Gómez; del 18 de mayo de 2005. M. P.: Dr. Jaime Arrubla Paucar; del 22 de julio de 2010: M. P.: Pedro A. Munar y del 30 de noviembre de 2011. M. P.: Dr. Arturo Solarte, entre otras.
[19] MICHELI, Gian Antonio. La Carga de la Prueba. Bogotá: Temis, 1989, p. 21-22. "La estructura romana del proceso, con el admirable equilibrio entre los poderes de las partes, ha dado a la formulación de las reglas sobre el onus probandi una perfección y una universalidad, que todavía hoy no se desmienten".

pronunció la Corte Constitucional con motivo del examen de exequibilidad de una norma de carácter procesal.[20]

En tal virtud, la jurisprudencia y la doctrina han puntualizado que la responsabilidad médica es por culpa probada, vale decir, que el demandante tiene la carga de la prueba de demostrar no solo el daño, sino también la conducta culpable del profesional de la salud, o de la eps o de la ips, al igual que el nexo causal de aquél con ésta. Y los demandados, tienen la carga de probar los hechos exceptivos que en su defensa pretendan acreditar.

Teniendo claros estos principios y asentada su pertinencia, es oportuno señalar que cuando se justiprecian los medios de prueba aducidos por la parte actora surge para el juzgador la inquietud acerca de si el demandante puede llegar a cumplir eficazmente con la carga de la prueba y, con ello, lograr que se le concedan sus declaraciones y condenas en contra de la parte pasiva, o si, por el contrario, cuando se efectúa la petición de pruebas, ya el fallador puede advertir que la carga de la prueba no va a ser satisfecha y, por ende, también resultarán insatisfactorias las pretensiones introducidas con la acción.

En el presente caso es evidente que en la parte actora no se vislumbra un mínimo ejercicio de la carga de la prueba, por lo que esa falta de acreditación debe conducir, necesariamente, a que el Despacho desestime de plano las pretensiones de la demanda.

<u>EXCEPCION NOVENA</u> : INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY.

La excepción propuesta se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

[20] CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia C-070 del 25 de febrero de 1993 (Demanda N° D-134). M. P. Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz. " Luego de una prolongada evolución, las reglas de la carga de la prueba en materia civil han decantado hasta el punto que es posible resumir su doctrina en tres principios jurídicos fundamentales: "onus probandi incumbit actori", al demandante le corresponde probar los hechos en que funda su acción; "reus, in excipiendo, fit actor", el demandado, cuando excepciona, funge de actor y debe probar los hechos en que funda su defensa; y, "actore non probante, reus absolvitur", según el cual el demandado debe ser absuelto de los cargos si el demandante no logra probar los hechos fundamento de su acción" .

"*Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico 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 un tratamiento o procedimiento médico.*"

Los procedimientos realizados por el Equipo galénico de COMFANDI en particular, no fue la causa de los efectos adversos que presentara el paciente. En efecto la condición clínico patológica presente en el paciente constituyo para los profesionales de la salud un fenómeno de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, el equipo medico que suministrara la atención al paciente son profesionales de reconocida idoneidad y experiencia, para quien tales efectos dañosos se tornaron en inevitables e irresistibles, pese al plan terapéutico implementado hasta ese momento. Pese a todo COMFANDI procuro con los medios al alcanza disponibles brindarle al paciente todas las medidas conducentes tendientes a disminuir cualquier riesgo sobreviniente.

EXCEPCIÓN NOVENA: LA INNOMINADA

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

IV. PRUEBAS

Respetuosamente, me permito solicitar se sirva ordenar la práctica de las siguientes pruebas:

I.DOCUMENTALES:

1) El Poder para actuar (La demandada lo remitió al Despacho y al suscrito abogado por correo electrónico)
2) Certificado de Existencia y Representación Legal de COMFANDI
3) Informe de Análisis de Seguridad del paciente suscrito por la Dra. Eliana Carabali Isajar con relacion al caso.

II.INTERROGATORIO DE PARTE:

Con el propósito de interrogarlos respecto de los hechos relacionados con el proceso, sírvase Señor Juez decretar la práctica del interrogatorio de parte del demandante.

III.TESTIMONIAL:

De conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señor Juez, me permito pedir se sirva decretar la recepción del testimonio de las siguientes personas:

DRA. **ELIANA CARABALÍ ISAJAR** (Seguridad del paciente) quien puede ser citada a través de la demandada COMFANDI, con el objeto que declare respecto de los hechos de la demanda y de la presente contestación de la demanda, con base en la historia clínica, al igual que con relacion al Informe rendido por ella respecto del análisis de seguridad del paciente.

IV.DICTAMEN PERICIAL DE PARTE:

De conformidad con el artículo 227 del C.G.P. ANUNCIO DICTAMEN DE PARTE.
Señor Juez, me permito informar al Despacho que estoy solicitando de conformidad con el articulo 226 y 227 un dictamen pericial especializado, emitido por especialista en **hematoncológia. Como quiera que el termino previsto para la contestación resulta insuficiente para aportarlo, me permito ANUNCIARLO, por lo cual le solicito se sirvan fijar un plazo para presentarlo.**

PETICIONES

Respetuosamente, me permito solicitar, al Señor Juez, se sirva acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA.- Tener por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de COMFANDI.
SEGUNDA.- Acceder al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA.- Declarar probadas las excepciones de mérito formuladas en la presente contestación de la demanda.
CUARTA.- Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, se sirva proferir sentencia de fondo en la que se denieguen las pretensiones de la demanda.
QUINTA.- Condenar en costas y agencias en derecho a la parte demandante por las acusaciones infundadas y los costos asumidos por la defensa del presente proceso.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante, en notificacionesjudiciales@comfandi.com.co
El suscrito abogado en la Carrera 3 A Oeste N° 2-43 de Cali y en la Secretaría de su Despacho, así como en los correos electrónicos:
harold.aristizabal@conava.net y conava@conava.net

Sinceramente,
HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
C. C. N° 16.678.028 de Cali
T. P. N° 41.291 C. S. de la Jud.
correo electrónico (RNA): harold.aristizabal@conava.net