

Consorcio Aristizábal Velásquez  
Abogados Ltda.

Señora Juez:

**Dra. Carmen Cecilia Lopez García**

**JUZGADO PRIMERO (1) CIVIL DEL CIRCUITO DE PALMIRA**

E S D

**REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA**

**DEMANDANTE CALOS DARIO GOMEZ CEBALLOS Y OTROS**

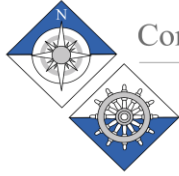
**DEMANDADO CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFANDI Y OTROS**

**RADICACIÓN 765203103001-2024-00054-00**

**CONTESTACION DE LA DEMANDA**

### **CONTESTACION DEMANDA**

**HAROLD ARISTIZABAL MARIN** mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del Ministerio de Justicia, actuando conforme al poder otorgado por el representante legal de CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA COMFAMILIAR ANDI **COMFANDI** Entidad jurídica que ha sido demandada dentro del proceso de la referencia por **CARLOS DARIO GOMEZ y O.** Mediante el presente escrito contesto dicha Acción. Siguiendo el orden propuesto por la Demanda, procedo a contestar de la siguiente forma:



## RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. La señora ROSA EMILDA GÓMEZ CEBALLOS, falleció el día 02 de julio del 2022, de acuerdo a lo manifestado en el registro civil de defunción bajo indicativo serial N° 09465115. Al momento de su fallecimiento ella tenía 67 años de edad.

**R/AL #1:** Es correcto de acuerdo con la documentación acreditada con la demanda.

2. La difunta hacia parte del régimen contributivo en la calidad de beneficiaria del SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS.

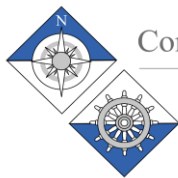
**R/AL #2:** Es correcto de acuerdo con la documentación acreditada con la demanda.

3. El día 30 de junio del 2022, siendo las 08:20 a.m. la señora ROSA EMILDA es intervenida para colecistectomía en la IPS Comfandi Palmira, por programación médica por posible inflamación de la vesícula.

**R/AL #3:** Es cierto que la paciente Rosa Emilda Gomez Ceballos (Q.E.P.D.) fue intervenida mediante cirugía programada el 30 de junio de 2022, por antecedente de episodios de dolor tipo cólico en hemiabdomen superior, con intolerancia alimentaria y estudio de ecografía hepatobiliar que reportaba presencia de cálculos en vesícula biliar, estando indicada en consecuencia la colecistectomía, para lo cual la paciente suscribió con antelación sendos consentimientos informados (anestesiología y quirúrgico) luego de que le fueran explicados los riesgos, entender y aceptar.

4. Inicialmente el diagnóstico de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, al momento del egreso a la IPS Comfandi Palmira, fue el de cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis.

**R/AL #4:** Es cierto, el diagnostico prequirúrgico, postquirúrgico y al egreso fue de cálculo de la vesícula biliar sin colecistitis.

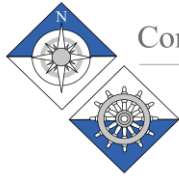


5. En la nota quirúrgica del procedimiento que le realizaron a la señora Ceballos, el cual es mencionado en el hecho anterior, el médico tratante encuentra adherencias severas que llevaron a que el procedimiento mencionado no se realizara y se procediera en su momento a brindar egreso a la señora Rosa Emilda para que esta fuera valorada en nivel de mayor complejidad, sin embargo, se pudieron ver algunas incoherencias en las notas médicas, descritas de la siguiente manera:
- A. En la descripción quirúrgica indica que se inició la cirugía a las 8:20 a.m., la cual duró 0:55 y terminó a las 9:15, cuando en la nota operatoria se indica que se aplicó anestesia a las 11:05 a.m. por el galeno José Antonio Valencia.
- B. A las 12:46 de medio día, el mismo anesthesiologist aplicó una dosis de 1 ampolla de 2 mg de Remifentanilo, es cual es un analgésico para ser utilizado durante la inducción y/o mantenimiento de la anestesia general, y sólo hasta las 2:37 p.m. se le suministra diclofenaco, no hay una hora de término de la cirugía.
- C. Según lo anterior, la señora Rosa Emilda estuvo de 11:00 y pasada las 2 p.m., alrededor de 3 horas en cirugía, no 55 minutos como se indicó.

**R/AL 5:** Es cierto, la descripción quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica<sup>1</sup> está indicando que inicialmente realizada la asepsia y antisepsia y colocados campos

---

<sup>1</sup> En la colecistectomía laparoscópica se realizan pequeñas incisiones, menos dolor para el paciente, mejor aspecto estético, aumento de la visualización, recuperación del paciente más rápido, ingreso más rápido a la actividad laboral, disminuye los tiempos de hospitalización y menor riesgo de infección. Es de precisar, que la *colecistitis* es una patología que se procura resolver definitivamente mediante la intervención quirúrgica, puesto que en su evolución natural puede conducir a la migración de cálculos a los conductos biliares con obstrucción de los mismos, fenómenos inflamatorios, colecistitis aguda, colangitis, pancreatitis

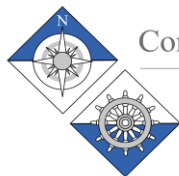


operatorios, infiltración e incisión de puertos quirúrgicos procede a hacer la exploración vía laparoscópica observando **adherencias abdominales severas**<sup>2</sup> por lo cual el Cirujano General German Arango Botero decide como conducta terapéutica valida no proseguir en ese momento la cirugía y procede al cierre de heridas sin advertir ni sangrado ni complicación alguna. Y la paciente se pasa a recuperación habiendo transcurrido la misma sin ninguna novedad, luego de lo cual resulta valida el alta de la paciente ese mismo día. Para que posteriormente sea reprogramada con el concurso de la paciente en un mayor nivel de complejidad (III) que cuente necesariamente con UCI. Es de conocimiento médico que la Gold estándar o procedimiento de elección para el manejo de la vesícula biliar enferma es la colecistectomía por laparoscopia. Y los riesgos de lesión intestinal están siempre presentes en ambas técnicas, tanto la laparoscópica como la abierta (laparotomía) siendo equivalente el riesgo de lesión por lo que en todo caso el abordaje por vía abierta o laparotomía no está exenta de lesión intestinal, pero si está demostrado que los beneficios de la colecistectomía laparoscópica son inmensamente mayores, porque implican menos dolor, menos cicatrices, tiempo de hospitalización menor, menos cambios hemodinámicos en el paciente y por esta razón es que el procedimiento de elección recomendado siempre es esté no el de la técnica abierta. No existe ninguna incoherencia por parte del equipo galénico liderado por el Cirujano General Arango Botero en la nota operatoria con relación al tiempo transcurrido en curso de la cirugía que se suspendiera por las razones ya expuestas, en esa mañana del 30 de junio de 2022. La descripción quirúrgica se establece como fecha de la cirugía el 30/06/2022 con **hora de inicio 8:20 y hora final 9:15** am. Luego, no es

---

sepsis e incluso muerte. Por lo que en todo caso existe la recomendación e indicación quirúrgica clara, precoz y necesaria.

<sup>2</sup> *En este caso en el intraquirurgico se aumentó la complejidad al encontrar un síndrome adherencial severo el cual es una* patología consistente en la creación de bandas fibrosas entre los órganos después de cualquier cirugía intrabdominal y que son inherentes al proceso de cicatrización de cada persona no siendo prevenible ni previsible. El síndrome adherencial hace que se pierdan las relaciones anatómicas existentes y aumenta aún más la dificultad quirúrgica. Dado que dicha presencia de adherencias conlleva inflamación de los tejidos, *friabilidad* de los mismos y distorsión de los planos anatómicos, lo cual favorece la posibilidad de complicaciones como la *lesión de vía biliar* o lesión de órganos vecinos como intestino o colon, para asegurar la disección que se requería.



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

cierto que exista una irregularidad en los registros contenidos en la historia clínica que permitan concluir necesariamente que la paciente estuvo más del tiempo registrado en sala de cirugía. Como consta la primera nota de recuperación se registra a las **9:25** am Por lo demás deberá probarlo con validez científica.



### Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

<b>Paciente</b>	: ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	<b>Fec. Nac.</b>	: 18.05.1955
<b>Identificación</b>	: CC - 29699419	<b>Edad/Sexo</b>	: 67 a / F
<b>Especialidad</b>	: U.M. Qx Cirugia General	<b>Fecha Adm.</b>	: 30.06.2022
<b>Ubicación</b>	: Comfandi-Palmira	<b>Cama/Epis.</b>	: 72KAPQ01 / 32211531
<b>Fec. Registro</b>	: 30.06.2022	<b>Hora Reg.</b>	: 09:25:47
<b>Aseguradora</b>	: SOS-PGP RECUPERACION ESPEC CONTRIBU		

**Paciente** : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS **Identificación** : CC - 29699419

### Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

**EVOLUCIÓN** : INGRESA A SALA DE RECUPERACION INICIAL, PACIENTE DE 67 AÑOS TRAIDA EN CAMILLA POR CIRCULANTE MARIA NEYCI ,PACIENTE QUE EL DOCTOR ARANGO NO LE PUDO REALIZAR LA COLECISTECTOMIA POR QUE LA PACIENTE TIENE MUCHAS ADHERNCIAS NO SE PUDO VISUALISAR LA VESICULA EL DOCTOR ARANGO SUSPENDE LA CIRUGIA DICE QUE SE DEBE INTERVENIR EN UN 3 NIVEL POR LAPARATOMIA PACIENTE BAJO ANESTESIA GENERAL POR EL DOCTOR , VALENCIA AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA PACIENTE DESPIERTA, CONCIENTE, ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SE LE OBSERVA HERIDA QUIRRGICA LIMPIA SECA NO SIGNOS DE INFECCION SE MONITORIZA PACIENTE, SIGNOS VITALES ESTABLES. SE COLOCA OXIGENO POR MASCARA A 6LX' + TAPABOCAS, SE MANEJA PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR CONTINGENCIA DEL COVID 19. PENDIENTE INICIAR LA VIA ORAL, ELIMINAR Y SALIDA

**Fecha Dat** : 30.06.2022 **Hora Dat** : 15:30 **Paciente Obstétrico** : No

**EVOLUCIÓN** : SE TRASLADA PACIENTE A SALA DE RECUPERACION FINAL PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES ALERTA CONCIENTE Y ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS EN COMPAÑIA DE AUXILIAR SIN EFECTOS DE ANESTESIA GENERAL COMPLETAMENTE RECUPERADA MOVILIZA SUS CUATRO EXTREMIDADES CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS PERMEABLES, SIN SANGRADO, AFEBRIL PACIENTE PREOGRAMADA PARA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA PERO EL DOCTOR ARANGO CONSIDERA QUE LA PACIENTE DEBE SER INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EN UN NIVEL SUPERIOR HACE ORDENES PARA EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO VALORACION POR ANESTESIOLOGIA PARA CLINICOS PARA ENTREGAR A EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE EN EL QUE DURANTE SU TIEMPO EN RECUPERACION PASA CON SIGNOS VITALES ESTABLES SIGNOS SIN SOPORTE DE OXIGENO TIENE UNA SATURACION DE 90 TIENE PENDIENTE INICIAR VIA ORAL ELIMINACION EN BAÑO QUEDA EN COMPAÑIA DE LA AUXILIAR DE ENFERMERIA SANDRA LEDESMA Y CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE. PACIENTE CON GLUCOMETRIA DE 170MGDL.

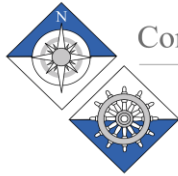
**Paciente** : ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS **Identificación** : CC - 29699419

### Registro de Recuperacion Post anestesia Enfermeria

**EVOLUCIÓN** : 15:30 RECIBO PACIENTE EN SALA DE RECUPERACION FINAL EN CAMILLA CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO LUGAR Y PERSONA, PACIENTE PROGRAMADA PARA COLELAP LA CUAL NO SE PUDO REALIZAR POR ADHERENCIAS NO SE VISUALIZO LA VESICULA SE CONVITIO EN LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA DOCTOR ARANGO DECIDE QUE PROCEDIMIENTO SE DEBE REALIZAR EN NIVEL 3 POSQUIRURGICA REALIZADA POR EL DR ARANGO BAJO ANESTESIA GENERAL, SIN COMPLICACION, CON LIQUIDOS ENOVENOSOS PERMEABLES, SE HACE ENTREGA DE DOCUMENTACION, PENDIENTE TOLERAR VIA ORAL, ELIMINAR ESPONTANEO Y SALIDA. 16:45 EGRESA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR Y EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON HERIDA QUIRURGICA LIMPIA SECA CUBIERTA CON GASA Y MICROPORE, SE LE ENTREGAN PARA CLINICOS, PACIENTE TOLERA VIA ORAL, ELIMINA ESPONTANEO, SE LE DA RECOMENDACIONES Y CUIDADOS EN CASA SOBRE LA ALIMENTACION, ACTIVIDAD FISICA QUE PUEDE REALIZAR, LA IMPORTANCIA DE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ORDENADOS, DIETA, HIGIENE CORPORAL, CUIDADOS EN LA ALIMENTACION EVITAR ALIMENTOS CON CONDIMENTOS GRASAS EMBUTIDOS LACTEOS POR OCHO DIAS AUMENTAR LA INGESTA DE AGUA, GELATINA EN CASO DE FIEBRE MAYOR A 38.5 GRADOS, ERITEMA, CALOR LOCAL ALREDEDOR DE LA HERIDA QUIRURGICA, CONSULTAR POR URGENCIAS. REALIZAR AUTORIZACIONES EN TERCER NIVEL.

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón  
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106  
Email RNA :harold.aristizabal@conava.net  
Email: [conava@conava.net](mailto:conava@conava.net)  
Email: [ham.conava@gmail.com](mailto:ham.conava@gmail.com)  
Santiago de Cali - Colombia



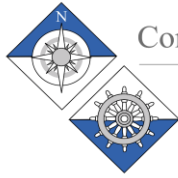


6. El día 01 de julio del 2022 siendo las 08:35 p.m., específicamente 36 horas después de la primera intervención quirúrgica de la señora Ceballos, es trasladada por su familia a la CLÍNICA PALMIRA por estar en un deterioro físico, fiebre, descompensación total, donde su ingreso se da por sus propios medios en compañía de su hija, donde inicialmente se refiere a un dolor en su abdomen que no aguantaba.

**R/AL 6:** No nos consta, por tratarse de atención medica en institución de salud ajena a mi representada, sin embargo, del examen de historia clínica se observa que al consultar en la noche del día siguiente a la Clinica Palmira, la paciente indica que "tiene un dolor que no se lo aguanta". Y al examen presenta decaimiento, temblor distal y dolor abdominal en incremento, y que a la valoración médica presenta impresión Bloomberg a la palpación abdominal con distensión, se inicia analgesia y reanimación y se solicita valoración con cirujano de turno al identificar en ese momento abdomen agudo, ordenándose paraclínicos.

7. Su hija, acompañante al momento del ingreso en la CLINICA PALMIRA, menciona que el día anterior la señora ROSA EMILDA GÓMEZ fue intervenida para un COLEPAP el día 30 junio del 2022, pero en este procedimiento no fue posible realizar la extracción de la vesícula por lo cual le dieron egreso de la IPS Comfandi Palmira y le indicaron que debía ser programado nuevamente el procedimiento, así mismo, indican que el médico cirujano les manifestó complicaciones graves en la cirugía.

**R/AL #7:** Es parcialmente cierto en cuanto se expone conforme consta en registro de nota quirurgica de la colecistectomia que se frustrara, que inicialmente al proceder con el abordaje quirurgico en exploracion laparoscopica y ante la evidencia de adherencia abdominales severas se decide prudentemente suspender el procedimiento dada la mayor dificultad que implicaba en ese momento adelantar la

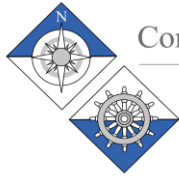


cirugía con la distorsión anatómica que representaba el hallazgo en la mayor dificultad para identificar la vesícula y los conductos biliares y el riesgo de iatrogenia. Por otra parte, lo que no resulta cierto y coherente con lo expuesto y registrado es que el cirujano general que adoptó tal conducta prudente y válida le haya afirmado a la familiar (hija) que se presentaron complicaciones graves en la cirugía. Deberá probarlo idóneamente.

8. Es importante manifestar, que antes de brindarse el ingreso a la IPS Comfandi Palmira de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, anteriormente le realizaron ecografía de hígado y vías biliares específicamente el día 10 de marzo del 2022 donde se evidenció lo siguiente *"vesícula distendida, de paredes normales, con múltiples imágenes hiperecóticas en su interior que proyectan sombra acústica, sin signos inflamatorios"*

Al momento de brindarse el ingreso de la señora Rosa Emilda Ceballos, esta fue dirigida directamente a sala de reanimación, donde se posiciona en Trendelenburg, le inician reanimación hídrica por presión arterial de 68/35 75/47. En el examen físico realizado el médico de consulta en su momento dado evidencia lo siguiente *"impresiona Bloomberg en cualquier punto a la palpación abdominal además aqueja distensión abdominal, se indica analgesia y se comenta paciente vía telefónica con el doctor Penilla cirujano de turno por abdomen agudo pendiente valoración formal, se solicitan paraclínicos de ingreso y se solicita priorizar."*

**R/AL #8:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idóneamente con base en la historia clínica.



9. El mismo día que se brinda el ingreso de la señora ROSA EMILDA CEBALLOS a la CLINICA PALMA REAL, siendo las 21:26 p.m., es revalorada por medicina general donde el medico que realiza valoración indica que el dolor de la señora Gómez persiste y evidencia hipotensión y taquicardia pese al manejo médico que ya se le había brindado.

**R/AL #9:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica. se desconoce en todo caso si efectivamente fue tratada en algun momento en la Clinica Palma Real de Palmira.

10. Ante lo anterior la señora ROSA EMILDA, fue valorada por el cirujano de turno el Dr. PENILLA. Al momento de la valoración el Dr. Penilla nota en la señora CEBALLOS abdomen agudo y solicitó traslado hacia quirófano como urgencia vital.

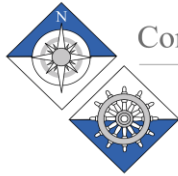
**R/AL #10:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

11. El mismo 01 julio del 2022, tiene evolución por parte de cirugía general donde medicas tratantes sospechan peritonitis aguda y debido a los diferentes múltiples antecedentes quirúrgicos abdominales, el médico tratante ordena exploración por laparotomía.

**R/AL #11:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

12. Es importante manifestar, que de la realización de la laparotomía no se evidencia en la historia clínica nota quirúrgica de la misma. No obstante, la señora Rosa Emilda en postoperatorio fue ingresada a cuidado intensivos debido a abdomen agudo debido a choque séptico de origen abdominal.

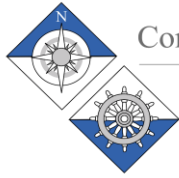




**R/AL #12:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica.

13. La señora Rosa Emilda al momento de ingresar a la unidad de cuidado intensivos ingresa bajo entubación endotraqueal, hipotensa y taquicardia con necesidad de soporte vasoactivos para mantención de estabilidad hemodinámica. De la misma manera, para más claridad de este hecho se cita a letra la nota de ingreso a UCI de la señora Ceballos:

*"Adulta mayor con múltiples comorbilidades, antecedente de múltiples cirugías abdominales quién ingresa el día de hoy en contexto de abdomen agudo ( quién estaba programa para colelap en I nivel de atención según hc y suspendieron procedimiento **por necesidad de institución de mayor complejidad**) llevada a laparotomía de urgencias hoy, pendiente descripción de hallazgos intraoperatorios, ingresa a UCI bajo TOT, hipotensa, taquicárdica, con necesidad de soporte vasoactivo con sepsis en curso no se descarta proceso de choque séptico foco abdominal, se da continuidad a terapia antimicrobiana establecida por el servicio de cirugía general se ajusta órdenes médicas ss lab de control. su pronóstico es muy reservado.*



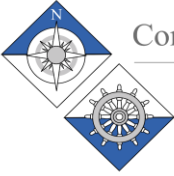
*Ingresa paciente a uci del servicio de cirugía, con dx médico de pop laparotomía exploratoria- abdomen agudo sepsis de foco abdominal choque séptico hta por hc dm tipo 2 por hc, con soporte vasoactivo, ingresa intubada contot ·7.0 fijo a 22 cms comisura labial, se conecta a ventilación mecánica modo acv vt 350 ( 7.5hg) peep 6 fr 16 fio250% a la auscultación mv presente sin ruidos sobreagregados, signos vitales de ingreso ta 144/70 con fc 120 por min sat 02 98% se realiza permeabilización de la vía aérea obteniendo secreciones mucoides por tot y orofaringe paciente tolerando manejo se deja bajo observación.*

*Adulta mayor HTA- DM tipo 2 ingresada uci en pop de laparotomía exploratoria por abdomen agudo, con hallazgos de severo sd adherencial con peritonitis intestinal y membranas adherentes con perforación en asa de íleon terminal a unos 15cm de la válvula ileocecal que requirió rafia en dos planos se lavado cavidad se deja bolsa viaflex y cierre piel a definir nueva revisión en 3-4 días según concepto de cirugía general, en el momento paciente con signos de inestabilidad, taquicardia, hipotensa, con hiperlactatemia y soporte vasoactivo considero choque séptico en evolución, se decide ampliar cubrimiento atb a carbapenem para mejorar perfil antimicrobiano y acorde protocolo uci, continúa reanimación con cristaloides, seguimiento de pvc, manejo conjunto con cirugía general, su pronóstico muy reservado.”*

**R/AL #13:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. Deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica. De acuerdo con el registro de historia clinica de Clinica Palmira S.A. el hallazgo intraoperatorio corresponde a lesion intestinal (perforacion en asa de ileon terminal a unos 15 cm de la valvula ileocecal) corresponde a riesgo inherente descrito en consentimiento informado<sup>3</sup> y reportado como complicacion quirurgica en la literatura

---

<sup>3</sup> Si bien la jurisprudencia destaca la necesidad de informar, sobre la naturaleza del procedimiento, y sobre riesgos y consecuencias, aun sin proponerse un estándar para la determinación del quantum informativo



medica sin que constituya mala practica medica, evento que puede resultar inadvertido en el transoperatorio que hubiera acontecido.



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

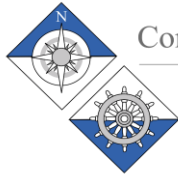
Yo ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS, identificado con el documento de identidad N° 29699419 manifiesto que el (la) Doctor(a) ARANGO BOTERO, GERMAN de la IPS me ha informado que presento: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS; y en un lenguaje claro, sencillo y comprensible para mí, me ha explicado suficiente y adecuadamente en qué consiste dicha alteración.

Para explicarme y facilitar mi comprensión utilizó EXPLICACIÓN HABLADA y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y despejar todas mis dudas.

Igualmente declaro que he recibido de parte del (la) profesional suficiente y adecuada información en términos sencillos y claros acerca de o los procedimiento(s) aconsejable(s) que me propone denominado(s):colecistectomia ; me ha indicado cuál es la naturaleza y objetivo del procedimiento que me propone y también me ha advertido acerca de los riesgos generales propios del procedimiento a realizar.

Entre los riesgos individuales correspondientes a mi caso específico mencionó:infección , sangrado , perforaacion intestinal o biliar , sepsis

(cantidad y calidad de la información que se ha de proporcionar al paciente para que este emita su consentimiento informado), y conscientes que el juramento hipocrático concibe el principio de beneficencia que se traduce en una doble exigencia: no hacer daño y maximizar los beneficios y minimizar los daños posibles que implica la exposición a ciertos riesgos, debemos precisar que la Corte en sentencia (**SC4786/2020**), precisa "*no se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asiente con su sometimiento. Bien se ha dicho que: este deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerunquem accidit.*" Y agrega luego la Corporación: "*no puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el consentimiento informado situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles tengan un margen de probabilidad que ocurran*".



14. Durante la estadía en Uci de la señora Rosa Emilda Ceballos, la evolución se tornó en decadencia, es decir, tuvo una mala evolución clínica que llevo a que la señora Gómez presentara malas condiciones generales con inestabilidad hemodinámica pese a que los médicos tratantes dieron manejo con soporte vasoactivos, con pronóstico reservado.

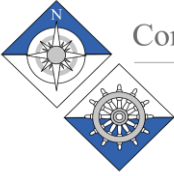
**R/AL #14:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica.

15. Es por ello que el día 02 de julio del 2022, la señora ROSA EMILDA CEBALLOS, fue valorada nuevamente por cirugía general donde solicitan sus médicos tratantes en ese momento, una nueva intervención quirúrgica para revisión de cavidad abdominal y lavado.

**R/AL #15:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clínica

16. Dentro de esta última cirugía, lamentablemente siendo las 9:05 p.m. la señora Rosa Emilda fallece por choque séptico severo. No obstante, dentro de esta última cirugía se dieron las siguientes notas operatorias:





*"Paciente de 67 años de edad (ap de DM2) internada en uci en primer día de pop de laparotomía, drenaje de peritonitis, lisis de adherencias y lavado peritoneal, evento quirúrgico previo extramural para colelap frustrada por síndrome adherencial, tiene bolsas de adherencia viaflex y recomendación de nueva revisión cavitaria y lavado en 2 días. Posible sistema vac en dicho procedimiento.*

*En el día de hoy paciente en mala condición general, critica, profundamente sedada, con vm. Ss vs: ta 97/66 pam 76 sat 92 fc 148.*

*Examen cp sin alteraciones, abdomen cubierto, hemograma leucos 4760 hb 12.7 hto 37.4 plt 224.000 neut 53% lactato 42.2 bun 15.8 cl 106 creatinina 0.76 k 4.1 na 137. Antibioticoterapia con meropenem iv. Continuo manejo en uci: soporte ventilatorio, vasoactivo y ab. Reintervención por cirugía general en 48h.*

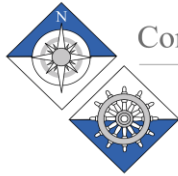
*Paciente quien lamentablemente fallece por asistolia por choque séptico severo."*

**R/AL #16:** No nos consta por tratarse de otra entidad de salud ajena a mi representada. deberá probarlo idoneamente con base en la historia clinica.

### **RELATIVOS AL HECHO DAÑOSO:**

**R/ No es un hecho** (circunstancias de tiempo, modo y lugar) sino una argumentación subjetiva que ademas evidencia falta de técnica juridica, ya que no se puede concebir un concepto u opinión con sesgo de juicio de valor al punto de formular conclusiones con las que pretende edificar errores con carácter de mala práctica, de alguien que no cuenta la competencia y experticia necesaria para el caso, que ademas no corresponde a la realidad y que resulta absolutamente temerarias frente a la práctica de la cirugía general en particular en tratándose de colecistectomía que contempla el riesgo inherente de lesión intestinal descrita amplia y reiteradamente por la literatura científica especializada. Pretendiendo desconocer que independiente de la técnica quirúrgica el riesgo de lesión intestinal esta siempre presente. Ademas resulta





temerario afirmar que la paciente fue dada de alta a sabiendas de que se había producido una lesión de órgano hueco (intestino), cuando se conoce de acuerdo con la literatura especializada que el 80% de las lesiones intestinales suelen pasar inadvertidas sin que ello implique necesariamente una mala práctica.

## **HECHOS RELATIVOS A LOS DEMANDANTES**

R/ No nos constan las relaciones familiares de los demandantes, ni sus vínculos de afecto, colaboración, deberán ser probados de manera idónea.

## **HECHOS RELATIVOS A LOS DEMANDADOS**

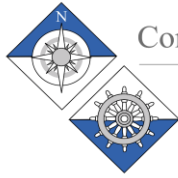
R/ No es un hecho corresponde a la identificación del objeto social de las entidades jurídicas de las demandadas, por lo demás deberá ser probados idóneamente.

### **EXCEPCIONES DE FONDO**

#### **I. AUSENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL.**

**EL RESULTADO ADVERSO QUE SOBREVINO A LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA FRUSTRADA LUEGO DEL ABORDAJE INICIAL EN EL QUE EVIDENCIARA ADHERENCIAS SEVERAS, CON POSTERIOR COMPLICACION A SABER, LESION EN UN SEGMENTO DEL INTESTINO, FUE LA CONSECUENCIA DE UNO DE LOS RIESGOS INHERENTES QUE COMPORTA ESE TIPO DE PROCEDIMIENTO. MÁXIME CONSIDERANDO SUS ANTECEDENTES QUIRURGICOS.**

Acerca de los denominados RIESGOS QUE SON INHERENTES A TODO PROCEDIMIENTO MEDICO, en reciente sentencia (**SC-3272 de 2020**) la Corte Suprema de Justicia reiteró su línea jurisprudencial en torno a que "...resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico **cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento**



**ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable,** al no estar precedido de un comportamiento culposos.

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, **los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.**

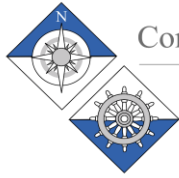
Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconocer que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, **apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.**

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos. El primero arriba definido y el segundo, también según el RAE, es entendido como aquello: **«Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello»**<sup>4</sup>. Por esto, dentro del marco de la responsabilidad médica, debe juzgarse que los riesgos inherentes **son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona,** no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

De tal manera, probable es que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursionar, por

---

<sup>4</sup> RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

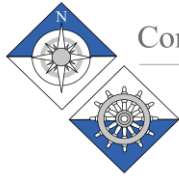


ejemplo, en las lesiones personales al tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano.

De ningún modo; el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente. Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de *la lex artis*, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento..." (Sala de casación Civil, sentencia del 07-09-2020. Magistrado ponente Dr. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA).

**B.2.** Como se ha explicado, la **Colecistectomía** es un procedimiento que usualmente se realiza ambulatoriamente. En el caso de la paciente Rosa E. Gomez C. el riesgo no derivaba propiamente del procedimiento vía laparoscópica (ya se ha dicho que éste es **mínimamente invasivo**), sino de la presencia de **adherencias** por las anteriores cirugías que se le habían practicado. En ese contexto, es decir, por las "...**condiciones especiales del paciente**..." [a las que alude la Corte en el fallo antes transcrito] lo indicado era intentar acceder a la vesícula biliar con el Laparoscopio, dado que el diagnóstico objetivo del nivel del compromiso adherencial **se verifica IN SITU, es decir, al momento del abordaje quirúrgico**, pues las ayudas imagenológicas no son efectivas para diagnosticar adherencias peritoneales, **dado que las asas no necesariamente cambian su morfología y disposición al adherirse entre ellas**.

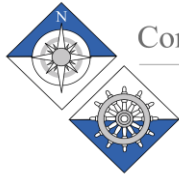
Y al evidenciarse **intraoperatoriamente** que no era posible acceder a la vesícula biliar con el laparoscopio, lo indicado conforme la discrecionalidad científica del galeno a cargo era considerar la necesidad de diferir el procedimiento para un segundo tiempo quirúrgico. Vale resaltar que a pesar de su idoneidad, y ser el procedimiento del campo propio de la especialidad del doctor Arango Botero, por su formación especializada **con actitud previsiva, para continuar el procedimiento, decidió**



**posponer la cirugía a efecto de minimizar el riesgo y para el manejo de posibles complicaciones de otros órganos abdominales, si era del caso con servicio de UCI. Por lo que correspondió a una conducta terapéutica no solo válida sino prudente ante el hallazgo in situ de síndrome adherencial severo, de tal magnitud que no permitían acceder al sitio operatorio cuyo objetivo era extirpar la vesícula biliar, por lo que al no contar con mayor visibilidad necesaria,** se tomó la decisión de suspender la manipulación, ya que continuar intentando acceder a la cavidad conllevaría un riesgo mayor para la paciente.

**B.3.** Es claro, entonces, que esa involuntaria lesión quirúrgica en un segmento del intestino delgado de la paciente era un **RIESGO INHERENTE** a la colecistectomía, riesgo presente independiente de la técnica quirúrgica que se procurara el cual, como se ha dicho, devino no tanto del procedimiento quirúrgico -mínimamente invasivo, se insiste- sino de la presencia de **adherencias** por las anteriores cirugías que a ella se habían practicado, síndrome adherencia cuya severidad -como también se ha dicho- era imposible detectar con ayudas imagenológicas, dado que éstas no son efectivas para diagnosticar adherencias peritoneales, **dado que las asas no necesariamente cambian su morfología y disposición al adherirse entre ellas.**

**B.4.** A riesgo de redundar se recalca, finalmente, que para la paciente **las adherencias** derivadas de cirugías anteriores representaban un RIESGO INHERENTE para la práctica de la **colecistectomía** porque limitan el movimiento de las asas o de los órganos y por la labilidad de las paredes de los intestinos (que es muy delgada), **difícultando así la manipulación en una cirugía posterior**, así sea mínimamente invasiva. Ello, empero, **no contraindica el procedimiento**; es decir, si éste está indicado por razones médicas o personales del paciente, **debe realizarse con el consentimiento informado de éste. Pero aún con el sumo cuidado del galeno, la complicación más frecuente es la perforación de alguna víscera y/o vaso sanguíneo, la cual puede incluso, como en el caso presente, no evidenciarse durante el procedimiento mismo.**



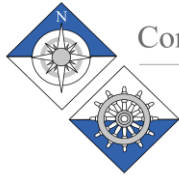
Daño éste que, parafraseando a la Corte en el fallo antes transcrito, “...**no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposo...**” (SC-3272 de 2020).

Finalmente, en la misma línea de criterio, la Corte Suprema de Justicia Sala Civil, con ponencia del M. José F. Ramírez Gómez, el 30 de enero de 2001 #5507, se pronunció en materia específica, en la que fuera exonerado de responsabilidad el medico demandado y hace una importante referencia con relación al evento de riesgo que se presenta en el caso de *iatrogenia inculpable*. En efecto, la Corte recalca que el dictamen pericial determinó que la ruptura del tímpano podía tener como causa probable la *perforación* durante el procedimiento quirúrgico, pero que debía entenderse como un *riesgo inherente* a la operación, en razón a que la técnica misma que en estos casos debe emplearse imposibilita una adecuada visualización por la estrechez del campo operatorio.

Sobre la misma materia, el Consejo de Estado, Sección 3ª, en abril 1997 #946, precisó igualmente: este caso constituye un típico evento de ocurrencia de **riesgo médico**. En el hecho, el Consejo de Estado señaló que, como no se había podido determinar la causa científica generadora del daño, y como al mismo tiempo se había establecido la ausencia de falla del servicio (diligencia), ello implicaba deducir que los riesgos propios de la intervención médica se habían presentado y eran los causantes del daño. Se consideró que la ruptura de la “duramadre” era un “**riesgo connatural**” a ese tipo de intervenciones y de ocurrencia frecuente, por lo tanto, un riesgo que debía soportar el paciente por cuanto ningún comportamiento irregular podía imputarse ni al médico ni a la entidad hospitalaria. En consecuencia, la responsabilidad no fue declarada.

Por otra parte, se entiende por “*riesgo*” a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Cuando aludimos al riesgo quirúrgico lo hacemos para referirnos a los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y que obedecen a la presencia





de factores ajenos al acto quirúrgico, ejercicio de una influencia negativa sobre su resultado.<sup>5</sup>

Ahondando en el examen del **acto médico propiamente dicho**, se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras, esto es, a procurar curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente.

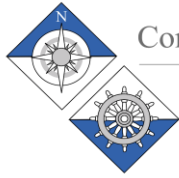
Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

No puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada "*iatrogenia inculpable*", noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico -pronóstico-, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de

---

<sup>5</sup> Cita de URRUTIA A.R. Responsabilidad médico-legal de los obstetra. La Rocca. Buenos aires, 2004 pag.236. en el texto Tratado de Responsabilidad Medica. Marcelo J. López Mesa. Legis. 2007. Pag. 582.



establecer su predisposición a sufrir afecciones en la intervención quirúrgica o en el posoperatorio, para evitar o minimizar tales consecuencias.

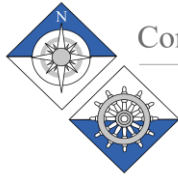
En fin, el riesgo puede estimarse *"como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables"*. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad y, por ende, no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este.

## **II. 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:

*"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 médico, no fueron la causa de la evolución que presentó el paciente. En ese sentido anota el Consejero de Estado Alier Hernández *"los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos."* Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres : *"creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad medica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de*



*culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”<sup>6</sup>*

El evento objeto de estudio constituye en ultimas un fenómeno de difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, los profesionales médicos que suministraran en su oportunidad la atención al paciente son profesionales de reconocida idoneidad y amplia experiencia para quien tales efectos dañosos son igualmente imprevisibles, máxime si se adoptaran medidas terapéuticas para que ello en lo posible no acaeciera.

Los riesgos materializados en el paciente corresponden a lo que la doctrina denomina **alea terapéutica**. El alea en el campo medico es sinónimo de riesgo que corresponde definir como *“la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia.”<sup>7</sup>*

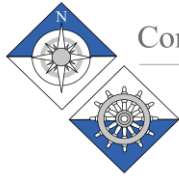
*Alea terapéutica también definido como “la parte del riesgo que comporta inevitablemente un tratamiento médico o farmacéutico legítimo y correctamente llevado a cabo y cuya realización entraña la no cura o efectos indeseables, o como “la constatación de la impotencia de la intervención médica de cara a un riesgo no controlable en el estado actual de la ciencia a la época de la asistencia. Se trata incluso de un cierto modo, del sobrevenir de un caso fortuito que normalmente exonera de responsabilidad.”<sup>8</sup>*

---

<sup>6</sup> Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Ob. citada. Pag 340

<sup>7</sup> Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 380. La definición corresponde a aquella adoptada en Francia por la Sociedad Hospitalaria.

<sup>8</sup> Esta definición como fruto de la manifestación que hiciera la Casación en el fallo Tourneur del 8 de noviembre de 2000, en el cual propuso añadir el alea terapéutica como causa exoneratoria de la responsabilidad. Esta alea presenta casi los aspectos de la fuerza mayor (imprevisibilidad en su ocurrencia,



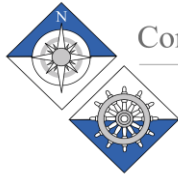
El legislador francés hace remisión expresa a los términos accidente médico, afección iatrogénica e infección nosocomial. Basta concluir que cuando se habla de riesgo médico o alea terapéutica si se quiere, se hace referencia a *"todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible"*. El alea es también definido como *"ligado a un peligro, medible en general estadísticamente pero no previsible de manera individual, de un acto médico o paramédico susceptible de causar un daño independientemente de todo estado patológico individual."* Los que en todo caso deben ser soportados por el paciente.<sup>9</sup>

### **III. IATROGENIA INCULPABLE POR RIESGO INHERENTE**

La patología presente o la agravación del estado de salud como complicación, constituye un resultado desafortunado, entendido como daño anatómico médicamente hablando y este puede ser la muerte del paciente., sin embargo como bien lo señala en consideración que hace el connotado profesor E. RAUL ZAFFARONI en razonamiento aplicable al caso en estudio: *"Cuando se requiere una intervención quirúrgica terapéutica se presupone que hay un daño en el cuerpo o en la salud, o por lo menos una inminente amenaza de daño que la intervención tiende a neutralizar. Si se logra efectivamente dicha neutralización aunque no se obtenga un restablecimiento total de la salud o de la integridad física, pero se obtenga su conservación o mejoría puede considerarse que se trata de un resultado positivo. Igualmente cuando se hace necesario mutilar un órgano o miembro es porque se halla dañado y no es la intervención quirúrgica la que daña sino la que circunscribe el mal por el único procedimiento técnico que resta. Lo mismo cuando debe quitarse un órgano para que otro funcione adecuadamente, el daño en el cuerpo o la perturbación de la salud ya*

irresistibilidad en sus efectos, pero al contrario de ella, no es exterior al demandado) ahora bien, la fuerza mayor constituye un caso de exoneración en materia de responsabilidad sin culpa.

<sup>9</sup> Cita de derecho comparado que trae el texto de Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 383.



existen y la intervención persigue el fin de evitar su mayores consecuencias dañosas."<sup>10</sup> Y agrega más adelante: **"si el medico ha obrado conforme a las obras del arte médico, aunque la intervención haya tenido resultado negativo, su conducta será atípica.** De allí que para la interpretación de la culpa típica en la lesión quirúrgica sea necesario referirse al concepto de reglas del arte medico cuya violación implica inobservancia del deber de cuidado, pero en modo alguno esa violación es suficiente para configurar la tipicidad culposa de la conducta médica." Y concluye "la afirmación de la obligación asumida por el médico en la atención al enfermo es de medios y no de resultados, reiterada en nuestra jurisprudencia es certera, pero la mera desatención de los "medios " no es suficiente para configurar una conducta típica culposa al no mediar un "resultado negativo" del que la conducta haya sido determinante".

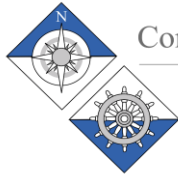
"El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo la recuperación de su salud o un resultado deseado por el paciente. Por lo tanto, el único resultado que puede ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución. Si el objeto del acto médico es una simple "alea", si su existencia no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que, en todo o en parte está condicionada por el azar, nos encontramos frente a lo que los Romanos llamaban ya la "emptio spei" (compra de la esperanza), como ocurre cuando el sujeto acude al consultorio del médico con la esperanza de obtener su curación.

En el caso sub judice el equipo médico procedió a calcular el riesgo, esto es se tomaron todas las previsiones para que los eventos que afecten la salud no tengan ocurrencia, ni los efectos secundarios que pueda conllevar el tratamiento o los riesgos que lleguen a sobrevenir como propios se logren superar de manera satisfactoria. Sin que por ello se traduzca en culpa médica, como lo sustenta la prueba en el caso sub judice. En ese mismo sentido los estudios y conceptos periciales o de pares académicos, al sopesar todos y cada uno de los aspectos puestos en consideración,

---

<sup>10</sup> Teoría del Delito. Eugenio Raúl Zaffaroni pag. 413, 414.





permitirán determinar que el actuar del equipo médico estuvo enmarcada dentro del concepto de *lex artis*.

Los procedimientos terapéuticos implementados se cumplieron por parte del equipo médico dentro de las normas o cánones de atención es decir de forma adecuada, en la oportunidad posible y ajustada a los postulados de la *lex artis*.

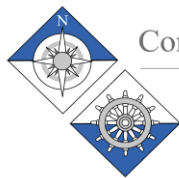
Es necesario reconocer entonces que en la actividad medica todo tratamiento o terapéutica en mayor o menor grado de incidencia implica riesgo, y tal riesgo podrá ser de gran entidad como lesión o muerte o de mínima entidad. De allí que se pueda catalogar de **actividad de riesgo-beneficio**, calificación absolutamente distinta de actividades peligrosas.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el ámbito del riesgo permitido; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar **ex ante y no ex post**. Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.<sup>11</sup>

#### **IV. LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADO EL EQUIPO MEDICO DE COMFANDI**

---

<sup>11</sup>Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.



Es criterio definido tanto por la doctrina, la jurisprudencia como la ley que las obligaciones de la actividad medica son obligaciones de medio. La ley 1438 del 19 de enero 2011, en su artículo 104, modificatorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

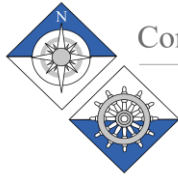
Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.<sup>12</sup>

En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por el equipo de salud 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.

Al Equipo médico le correspondió la atención de la paciente, lo hizo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser **endógenos o biológicos, propios de individuo** y exógenos o del medio ambiente, un ejemplo de dicho factor lo constituye la patología de base que registraba el paciente, y en el que los galenos actuaran en procura de evitar el desenlace fatal. Evento que hace parte incluso de la evolución natural de la enfermedad y en algunos eventos sin que sea posible su interrupción producto de las complicaciones de la patología, con capacidad de llevar a un resultado insatisfactorio catastrófico que pese a los medios implementados se presenta constituyendo así un evento irresistible de sortear.

---

<sup>12</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.



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 al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Para el momento que fue tratado el paciente por el equipo médico se procuraba por este precisamente implementar unos medios que le permitieran sortear la enfermedad que se manifestara en ese momento, requiriendo para enfrentarla el practicar los respectivos procedimientos indicados dentro de las expectativas de conducta profesional. Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico:

*"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste 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"* (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente II.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

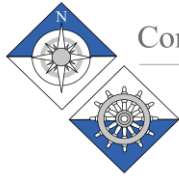
En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado<sup>13</sup>.

## **V. CRITERIO JURIDICO APLICABLE DE CULPA PROBADA Y CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR**

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*<sup>14</sup>, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto

<sup>13</sup>CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.

<sup>14</sup> Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004 *"es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está*



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 de la CLINICA 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 como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar al paciente.

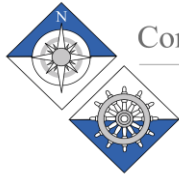
Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte<sup>15</sup> que *"el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado"*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se

---

*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."* pag. 45.

<sup>15</sup> Sentencia de Casación expd. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.



llegó a afirmar a mediados del siglo pasado<sup>16</sup> 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, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expuso *"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 si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado"*.<sup>17</sup> En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna 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.

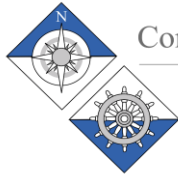
Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden

---

<sup>16</sup> Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad medica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

<sup>17</sup> Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



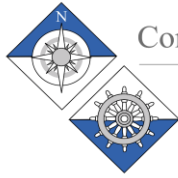


olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir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

## **VI. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONÓMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.**

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a COMFANDI.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.G.P., ha sido directa en afirmar que “el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.



De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

## **VI. LA INNOMINADA**

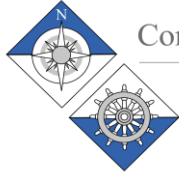
Me refiero con ello a cualquier hecho o derecho en favor de mi mandante que resultare probado dentro del proceso y al cual tendré oportunidad de referirme en los Alegatos de Conclusión.

### **PRUEBAS**

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

#### **I DOCUMENTALES**

- 1.El Poder para actuar (ya obra en el proceso)
2. Certificado de existencia y representación legal de COMFANDI (ya obra en proceso)
- 3.Historia clínica atención brindada en COMFANDI, que se allega al proceso con esta contestación, además de la historia clínica que obra ya en el proceso.
- 4.Consentimiento informado para colecistectomía laparoscópica (quirúrgico y anestésico)
- 5.Certificaciones de Capacidad técnica y científica de los servicios homologados y habilitados en que consta que la IPS COMFANDI Palmira NO cuenta con UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) en 2022 hasta la fecha.
6. Documentos de idoneidad profesional de cirujano general German Arango Botero
7. Informe Pericial rendido por Cirujano General JAIRO RAMIREZ PALACIO



8. Hoja de vida y diplomas que acreditan idoneidad del perito JAIRO RAMIREZ PALACIO.

## II. INTERROGATORIO DE PARTE

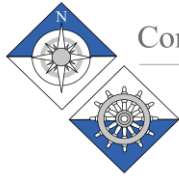
A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, solicito se sirva citar a: **Los demandantes y los codemandados.**

**Objeto de la Prueba:** interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

## III. TESTIMONIALES TECNICOS

A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, Solicito se sirva citar a:

- 1. Dr. German Arango Botero** (Cirujano general) Médico tratante. Se localiza a través del área de recursos humanos de Comfandi.
- 2. Dr. Justy Romero Ortiz** (Cirujano general) Médico tratante. Se localiza a través del área de recursos humanos de Clinica Palmira.
- 3.** Permítase interrogar en curso de Juicio Oral a los testigos técnicos que hayan sido citados por los demás sujetos procesales.



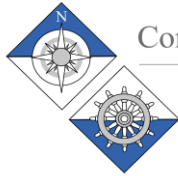
**Objeto de la Prueba:** interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

#### **IV.DICTAMEN PERICIAL DE PARTE DE PAR EN CIRUGIA GENERAL. Y COMO DICTAMEN DE CONTRADICCION.**

En ejercicio del derecho de contradicción del dictamen presentado por la parte demandante. Presentamos Dictamen de Parte rendido por el perito **JAIRO RAMIREZ PALACIO** Cirujano General quien respondiera cuestionario luego del examen de la historia clínica integral de la paciente, y demanda. Quien rindiera informe con el cual se estará ejerciendo también la Contradicción del dictamen que presentara la parte actora dentro del proceso, conforme lo faculta el artículo 228 C.G.P. Perito que se hallará en la disposición de ratificar su Informe en audiencia.

Dictamen pericial - estudio especializado que será rendido por par médico especialista en Cirugía General.

**Objeto de la Prueba: sustentar la teoría del caso de la parte que represento y controvertir la teoría del caso y dictamen de parte de los demandantes que obran en el proceso.** Verificar los hechos que interesan al proceso y que requieren especiales conocimientos técnico-científicos. para que en su condición de perito experto en Cirugía General y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica y con base en las pruebas allegadas al expediente, deponga sobre de los hechos objeto de investigación, e informe e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso sustentando la teoría del caso que defiende esta parte, así mismo para desvirtuar la opinión pericial que si es del caso presente la parte actora en oportunidad legal.



Consorcio Aristizábal Velásquez  
Abogados Ltda.

## PETICIONES

Respetuosa solicito a la señora juez, acceder a las siguientes peticiones:

PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de COMFANDI

SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.

TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.

CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se denieguen las pretensiones presentadas por la demandante.

## NOTIFICACIONES

El suscrito puede ser notificado en correo electrónico RNA  
[harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)

Del señor Juez, sinceramente.,

**HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN**

C.C. 16.678.028 de Cali

T.P. 41.291 C.S.J.

**RNA: [harold.aristizabal@conava.net](mailto:harold.aristizabal@conava.net)**