

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

Doctora:

ANAMARIA LOZADA VASQUEZ

Juez Segunda Administrativa del Circuito de Florencia

E. _____ S. _____ D. _____

REF. MEDIO DE CONTROL DE REPARACION DIRECTA DE **HERCILIA GARCIA DE SANCHEZ Y OTROS** EN CONTRA DE LA **CLINICA MEDILASER S.A.S. Y OTROS**

RAD. 18-001-33-33-002-2022-00275-00

ASUNTO. CONTESTACION DE DEMANDA

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, haciendo uso del mandato judicial conferido por la representante legal de la **CLINICA MEDILASER S.A.S**, mediante poder adjunto en el escrito de ampliación presentado con antelación y encontrándome dentro de la oportunidad procesal pertinente; procedo a recorrer el traslado del Medio de Control de Reparación Directa que ha dispuesto **HERCILIA GARCIA DE SANCHEZ Y OTROS**, en contra de la sociedad que presento, a través de apoderado judicial, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS

Se contestarán así:

AL PRIMERO: Se acepta. Revisados los anexos arribados en el libelo genitor, se puede establecer que el señor Luis francisco Sánchez Malagón (QEPD) contaba con los datos referenciados en este acápite, conforme lo soporta su documento de identidad.

AL SEGUNDO: No le consta a la clínica demandada. Lo descrito en este numeral corresponden a aseveraciones relacionados con una entidad diferente a la Clínica Medilaser S.A.S. y que en nada se relaciona con esta.

AL TERCERO Y CUARTO: Se Acepta. Revisados los anexos arribados en el libelo genitor, se puede establecer el vínculo consanguíneo entre los demandantes y el usuario Luis francisco Sánchez Malagón (QEPD) conforme a los registros civiles de nacimiento allegados en la demanda.

DEL QUINTO AL VIGESIMO QUINTO: No le consta a la clínica demandada. Lo descrito en estos numerales corresponden a la prestación de servicios médicos dados en unas IPS diferentes a la Clínica Medilaser S.A.S. y que en nada se relaciona con esta.

AL VIGESIMO SEXTO: De la forma narrada no es cierto. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, se acepta lo referente a la fecha y hora de ingreso 11/05/2020 2:09:47 a. m; no obstante, se aclara que ante la condición clínica de los pacientes que son remitidos

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

a la UCI, se realiza como primera medida el ingreso a la unidad y la atención por el equipo de salud y la nota medica se hace posteriormente, por lo que no siempre es coincidente el registro en la historia clínica con el momento de la atención. Pese a ello, no se avizora dentro del plenario, una evidencia objetiva que permita determinar una inoportunidad en la atención del paciente.

Contrario sensu, el costado actor omite convenientemente referenciar el estado crítico de salud en que ingresa el paciente a clínica Medilaser S.A.S, y las condiciones con las que arriba a las instalaciones de mi procurado.

AL VIGESIMO SEPTIMO: Se acepta parcialmente. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos, se acepta la transcripción parcial de la historia clínica del especialista en medicina interna Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano del 11/05/2020 a las 5:18:32 a. m. No obstante, en cuanto el último párrafo de este numeral, dicha aseveración corresponde a una manifestación subjetiva del apoderado de la parte demandante sin el debido soporte técnico científico, ni correlación clínico patológica pues de manera conveniente omite referenciar el análisis realizado por el especialista tratante *"EPOC EXACERBADO CON DENGUE SEGUN HISTORIA CLINICA EN RESOLUCION"* adicionalmente el paciente con cubrimiento antibiótico de amplio espectro *"piperacilina tazobactan"* lo que da cobertura para el manejo de la patología de neumonía, además se encontraba recibiendo manejo en UCI. Respecto de la afirmación de la ausencia de paraclínicos, es falso esta elucubración, pues el paciente ya venía siendo manejado en otra institución y al ingreso el medico solicito nuevamente paraclínicos, por lo que esta imputación carece de sustento probatorio.

AL VIGESIMO OCTAVO: Se acepta parcialmente. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos, **se acepta** respecto de los paraclínicos relacionados, corresponde a la cita parcial de la historia clínica del paciente referenciado previamente.

Pese a lo anterior, en cuanto a la interpretación del apoderado de la parte demandante, de los paraclínicos del paciente (creatinina) corresponde a una interpretación sesgada en la cual omite la correlación clínico patológica con las circunstancias de tiempo modo y lugar proponiendo incluso un *"trasplante renal"* pasando por el alto el actor la evolución medica del especialista de nefrología Dr. David Santander Bohórquez, el día 12/05/2020 3:24:50 p. m, por medio de nota retrospectiva de las 11+00 a.m, quien registra:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Análisis:

Paciente en malas condiciones generales de salud, hemodinámicamente estable, normotenso, afebril, tolerando oxígeno ambiente, paciente con múltiples comorbilidades, quien cursa con lesión renal aguda akin II, paciente debuto con síndrome febril, con posterior deterioro del componente respiratorio, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, se evidencia acidosis mixta, predominio del componente respiratorio, hemograma con datos de respuesta inflamatoria sistémica, azoados elevados; CR: 5.70, BUN: 88.4, equilibrio electrolítico, se comenta paciente con cardiólogo, quien refiere llevar controles por consulta externa de su hipertensión arterial, se evalúa historia clínica de paciente donde se evidencia función renal de hace 2 meses, CR: 1.1, paciente con adecuada adherencia a tratamiento.

Se decide ordenar estudios de extensión para determinar causa de lesión renal, se sospecha de patología neoplásica por lo que se ordena electroforesis de proteínas séricas.

TAC de torax con lesiones compatibles con neumonía.

Cubierto con Piperacilina Tazobactam día: 1

Nefrometabólicamente estable, si bien es cierto que cursa con hiperazoemia y oligoanuria súbitas, se decide tomar conducta expectante, con evaluación estricta de función renal, lo que ayudará a determinar necesidad de terapia dialítica, de igual forma se espera compensación de falla cardíaca, lo que podrá contribuir a que haya mejoría de función renal. Se ordenan paradiagnósticos control mañana 5 am.

Se atiende paciente bajo los protocolos institucionales y de bioseguridad brindados por nuestra institución y recomendados por ministerio de salud para prevenir contagio por COVID-19.

IDX:

*Insuficiencia renal aguda – Lesión renal aguda AKIN II.

*Miocardiopatía dilatada, hipertrofia ventricular concéntrica. FEY: 52%.

*Insuficiencia cardíaca descompensada.

*EPOC exacerbado anthonise II.

*Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

*Falla ventilatoria.

*Neumonía?

Plan:

Manejo en UCI.

Paradiagnósticos de control mañana 5 am.

Control de signos vitales.

Cuidados de enfermería.

Avisar cambios.

Teniendo en cuenta la nota referenciada, el especialista tratante en uso de su autonomía médica y justificando su decisión clínica, toma conducta expectante, actuación acorde a la *lex artis ad hoc*.

AL VIGÉSIMO NOVENO: Se acepta parcialmente. Se aclara y complementa que, conforme a la revisión de los registros clínicos, el paciente presentó elevación de troponina que requirió valoración por la especialidad de cardiología y realización de ecocardiograma, y omite convenientemente el apoderado de la parte demandante referenciar la nota medica del especialista la cual se relaciona a continuación:

- 12/05/2020 11:59:18 a. m. Paciente masculino de 77 años conocido por el servicio por dilatación de la raíz aórtica HTA. Quien cursa hospitalización en UCI por falla ventilatorio secundaria a proceso infección a nivel pulmonar, con acidosis metabólica y deterioro de su función renal
- Medicado con:
Nifedipino 30 mg cada 8 horas
Ibersartan 50mg + Hzt. 12.5mg cada día
Rosuvastatina 40mg día
- Historial de química 26.09.19: LDL 135, Colesterol 213m, Trigl. 212, HDL 36, Ionograma normal, TSH 2.14, Creatinina 1.28, química sanguínea 04.03.20: A1c 5.6, Ionograma normal, TSH 1.76, creatinina 1.1, colesterol 121, HDL 36, LDL 60, Trigl. 123
- ECG 26.09.19: Eje de hemibloqueo anterior izquierdo bloqueo completo de rama derecha T negativa en DIII y AVF
- Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica deterioro leve de la función sin valvulopatías severa ni alteración segmentaria de la motilidad
- Llama la atención el deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección no se evidencia alteración estructural de la función cardíaca que justifique el cuadro critico actual se informa de manera clara amplia a familiar critico estado actual como también conducta

Tipo Estancia: UCI ADULTOS INTERMEDIO

Profesional: SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO

CARDIOLOGIA

De la nota traída a colación, se registra un ecocardiograma con hipertrofia concéntrica, con deterioro leve de la función, sin valvulopatía severa, ni alteración segmentaria de la motilidad.

AL TRIGÉSIMO: en la forma narrada no es cierto. Se aclara y complementa que, los criterios para la intubación del paciente fueron definidos por la especialista tratante en medica Internista Dra Karen Milagros Perez Molinares, en valoración del 12/05/2020 a las 8:09:24 a. m. cuando registró:

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

ANÁLISIS Y PLAN

Paciente en mal estado general, con persistencia de trastorno de oxigenación con control de gases arteriales muestran persistencia de hipoxemia por lo que se inicia intubación temprana y se deja bajo sedación con Midazolam y fentanyl, bolos de vecuronio.

Pendiente valoración por cardiología y nefrología por aumento de azoados y gasto urinario bajos y troponinas elevadas.

Se gases arteriales control en la tarde

Se informa a familiar de manera telefónica sobre la condición clínica y pronóstico del paciente por aislamiento covid-19

por lo tanto, no es posible colegir que solo hasta ese momento se tomó la decisión por parte de los médicos tratantes en iniciar con la intubación del paciente, como quiera que, bajo el criterio médico de la profesional fueron evaluación y ordenados en la valoración referenciada.

AL TRIGÉSIMO PRIMERO: Se acepta parcialmente. como se referenció en el hecho vigésimo noveno, el paciente fue valorado por el cardiólogo Dr. Sebastián Campbell Quintero el día 12/05/2020 a las 11:59:18 a. m, quien registra *"Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica deterioro leve de la función sin valvulopatías severa ni alteración segmentaria de la motilidad"*

Ante estos hallazgos el medico indica *"no se evidencia alteración estructural de la función cardiaca que justifique el cuadro critico actual se informa de manera clara amplia a familiar critico estado actual como también conducta"* por lo tanto, se informa de la complejidad del cuadro clínico del paciente a sus familiares, y es importante resaltar que la obligación galénica es de medios y no de resultados.

AL TRIGÉSIMO SEGUNDO: Se acepta parcialmente. Se aclara y complementa que, en primera medida se acepta respecto de la historia clínica, la cual corresponde a la transcripción parcial de la nota médica del 12/05/2020 a las 3:24:50 p. m. correspondiendo a nota retrospectiva 11+00 am; no obstante, **se niega** en lo referente a alguna inoportunidad en la valoración o en los registros de historia clínica, que puedan avizorarse como una falla en la prestación del servicio, que haya sido la causa del desafortunado fallecimiento del paciente.

AL TRIGÉSIMO TERCERO: Se acepta. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, la conducta medica está justificada en la nota medica del especialista de nefrología el día 12/05/2020 3:24:50 p. m. Nota retrospectiva 11+00 por el galeno Dr. David Santander Bohórquez, así:

Análisis:

Paciente en malas condiciones generales de salud, hemodinamicamente estable, normotenso, afebril, tolerando oxígeno ambiente, paciente con múltiples comorbilidades, quien cursa con lesión renal aguda akin II, paciente debuto con síndrome febril, con posterior deterioro del componente respiratorio, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, se evidencia acidosis mixta, predominio del componente respiratorio, hemograma con datos de respuesta inflamatoria sistémica, azoados elevados; CR: 5.70, BUN: 88.4, equilibrio electrolítico, se comenta paciente con cardiólogo, quien refiere llevar controles por consulta externa de su hipertensión arterial, se evalúa historia clínica de paciente donde se evidencia función renal de hace 2 meses, CR: 1.1, paciente con adecuada adherencia a tratamiento.

Se decide ordenar estudios de extensión para determinar causa de lesión renal, se sospecha de patología neoplásica por lo que se ordena electroforesis de proteínas séricas.

TAC de torax con lesiones compatibles con neumonía.

~~Subiente con Piperacilina-Tazobactam día 1.~~

Nefrometabólicamente estable, si bien es cierto que cursa con hiperazoemia y oligoanuria súbitas, se decide tomar conducta expectante, con evaluación estricta de función renal, lo que ayudará a determinar necesidad de terapia dialítica, de igual forma se espera compensación de falla cardíaca, lo que podrá contribuir a que haya mejoría de función renal. Se ordenan paraclicínicos control mañana 5 am. Se atiende paciente bajo los protocolos institucionales y de bioseguridad brindados por nuestra institución y recomendados por ministerio de salud para prevenir contagio por COVID-19.

IDX:

*Insuficiencia renal aguda – Lesión renal aguda AKIN II.

*Miocardiopatía dilatada, hipertrofia ventricular concéntrica. FEV: 52%.

*Insuficiencia cardíaca descompensada.

*EPOC exacerbado anthonise II.

*Síndrome coronario agudo sin elevación del ST.

*Falla ventilatoria.

*Neumonía?

Plan:

Manejo en UCI.

Paraclicínicos de control mañana 5 am.

Control de signos vitales.

Cuidados de enfermería.

Avisar cambios.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Se puede apreciar de la nota expuesta que a pesar que inicialmente se tomó conducta expectante con paraclínicos de control "mañana 5 a.m." la conducta se modificó por los cambios clínicos del paciente como se evidencia en nota médica de revaloración por el nefrólogo Dr. David Santander Bohórquez el día 12/05/2020 4:49:57 p. m, veamos:

OBJETIVO - ANALISIS

Revaloro paciente el cual presenta disminución de gasto urinario en las últimas 8 horas, actualmente anurico. se comenta con Dr. plata condición de paciente, se replantea plan inicial y en común acuerdo, se decide iniciar terapia dialítica dada por Anuria. Paciente en malas condiciones generales, mal pronóstico a corto plazo, alto riesgo de complicaciones por múltiples comorbilidades y alto riesgo de muerte. pronóstico reservado.

se informa condición actual de paciente y plan a seguir, a familiar, quien refiere entender y aceptar.

signos vitales:

TA: 103mm/Hg, FC:64rpm, FR: 20rpm, SO2: 93%. bajo ventilación mecánica.

indicaciones dialisis así:

Tiempo: 3 horas.

Filtro: Fx 60.

Flujo: 250ml/min.

UF: 1500ml.

NO HEPARINA.

AL TRIGÉSIMO CUARTO: Se acepta. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, es una descripción parcial de la atención médica de paso de catéter mahurkar, por parte de los galenos tratantes.

AL TRIGÉSIMO QUINTO: Se acepta parcialmente. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, se describen cita parcial de las notas de enfermería donde se determina que el paciente presenta sangrado en zona de catéter que fue manejado con vendaje compresivo sin repercusión sistémica que requiriera manejo quirúrgico.

Respecto a la manifestación del apoderado de la parte demandante en relación de falta en los registros médicos de documentar el sangrado por catéter central **es falso**, ya que el médico especialista tratante Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano el 12/05/2020 a las 9:56:31 p. m. registra:

OBJETIVO - ANALISIS

UCI NOCHE

Diagnósticos Anotados

Signos Vitales al momento de la nota

TA:97/53(87) mmHg

FC: 86 minuto

FR: 20 minuto

SAT: 98%

Hallazgos positivos al Examen Físico

Bajo sedación. rass: -5

Cifras tensionales con tendencia a la hipotensión a pesar de Norepinefrina a dosis intermedia: 0.5 mcg/kg/minuto

Ventilado por presión parámetros altos. Murmullo vesicular disminuido en forma difusa. Conserva saturaciones

Tolera soporte enteral

Edemas moderados en extremidades. Anúrico.

Sangrado en sitio de catéter central

No picos febriles.

CONCEPTO: Requerimiento dialítico pero con gasto cardíaco bajo. se adiciona un segundo presor: Vasopresina

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

La compleja condición clínica del paciente por sus múltiples comorbilidades condicionó la tórpida evolución; y respecto del sangrado no tenía indicación de manejo quirúrgico, teniendo en cuenta que fue controlado por los galenos tratantes.

AL TRIGÉSIMO SEXTO: Se acepta parcialmente. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, se acepta respecto que el paciente debió ser desconectado anticipadamente de su terapia dialítica, debido a la crítica condición clínica presentada en el momento de su tratamiento, ocasionado exclusivamente por la complejidad de sus patologías.

Respecto a la manifestación del apoderado de la parte demandante "*hemorragia que nunca fue manejada por el equipo médico*" se niega de forma categórica, en razón a que, como se itera, el médico especialista tratante Dr. Luis Gonzalo Plata Serrano el 12/05/2020 a las 9:56:31 p. m. registra:

OBJETIVO - ANALISIS

UCI NOCHE

Diagnósticos Anotados

Signos Vitales al momento de la nota

TA: 97/53(67) mmHg

FC: 86 minuto

FR: 20 minuto

SAT: 98%

Hallazgos positivos al Examen Físico

Bajo sedación. rass: -5

Cifras tensionales con tendencia a la hipotensión a pesar de Norepinefrina a dosis intermedia: 0.5 mcg/kg/minuto

Ventilado por presión parámetros altos. Murmullo vesicular disminuido en forma difusa. Conserva saturaciones

Tolera soporte enteral

Edemas moderados en extremidades. Anúrico.

Sangrado en sitio de catéter central

No picos febriles.

CONCEPTO: Requerimiento dialítico pero con gasto cardíaco bajo. se adiciona un segundo presor: Vasopresina

La compleja condición clínica del paciente por sus múltiples comorbilidades condicionó la tórpida evolución; y respecto del sangrado no tenía indicación de manejo quirúrgico, teniendo en cuenta que fue controlado por los galenos tratantes.

AL TRIGÉSIMO SEPTIMO: Se acepta. Conforme a la revisión de los registros clínicos efectuados al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, en Clínica Medilaser S.A.S. para los días 11 al 13 de mayo de 2020, es una descripción parcial de la atención efectuada por parte de la profesional en enfermería.

AL TRIGÉSIMO OCTAVO: en la forma narrada no es cierto. Se aclara y complementa que la limitación de esfuerzo terapéutico es una decisión que toma el médico o el grupo tratante que no requiere autorización por parte de la familia ni del paciente, el paciente a pesar de todos los manejos medico indicados y adecuados venia en progresión hacia el deterioro tornándose irreversible.

Respecto de la voluntad anticipada es un documento previo que se suscribe el

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

paciente para manifestar su voluntad, documento que no había sido suscrito por el paciente.

AL TRIGÉSIMO NOVENO: No es un fundamento factico. Esta aseveración corresponde a la interpretación normativa respecto de la indicación de necropsias medico legales, condición que no es determinada por los médicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en tal sentido se debe respetar la autonomía profesional según lo normado en la ley estatutaria de salud. Adicionalmente el evento que rodeo la atención en salud, se da en el contexto de pandemia COVID 19, restricción que se encontraban vigente por la emergencia sanitaria que llevaba el país y el mundo.

AL CUADRAGÉSIMO: se niega, se referencia en múltiples ocasiones en la historia clínica la entrega de información a familiares vía telefónico evento en el contexto de pandemia COVID 19. Adicionalmente, conforme a la revisión de los registros clínicos, se evidencia la oportunidad para que los familiares del paciente, basado en la normatividad vigente se tomara la decisión de la orden de necropsia clínica, situación que fue respetada y ordenada por los galenos tratantes, no obstante, los mismos manifiestan posteriormente desistir del derecho a iniciar con los tramites de necropsia clínica, por lo que basado en la autonomía médica, el galeno tratante certifico su infortunado fallecimiento. Por lo tanto, la afirmación de falla en la atención y presunta traba administrativa carece de prueba, máxime cuando este tipo de asuntos son resorte de las EAPB del paciente, en gestionar con su red de prestadores, la prestación de las necropsias clínicas, y mi prohijada carece de dicho servicio habilitado.

AL CUADRAGÉSIMO PRIMERO: No es un fundamento factico. Esta aseveración corresponde a una afirmación del costado actor que carece de elementos de prueba que lo confirme, contrario sensu, conforme a los registros clínicos traídos a colación, los familiares del paciente siempre estuvieron informados de las condiciones críticas del paciente, su delicado estado, y su pronóstico, conforme a los signos y síntomas, así como los hallazgos patológicos, sumado al contexto en el que se encontraba la atención del paciente, bajo los parámetros de la emergencia sanitaria por la Pandemia del Virus Sars cov 2 COVID 19.

AL CUADRAGÉSIMO PRIMERO: No es un fundamento factico. Esta aseveración corresponde a una afirmación del costado actor que carece de elementos de prueba que lo confirme, pese al deber que recae en la parte actora de probar todas las manifestaciones de hecho y derecho que surjan dentro de la Litis.

AL CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: Se acepta. Revisados los anexos arribados en el libelo genitor, se puede establecer que el señor Luis francisco Sánchez Malagón (QEPD) falleció en la fecha y hora indicada, los cuales reposan en el registro civil de defunción antes mencionado.

AL CUADRAGÉSIMO TERCERO Y AL CUADRAGÉSIMO CUARTO: No es un fundamento factico. Esta aseveración corresponde a una afirmación del costado actor que carece de correlación clínico patología que no deja de ser simples dichos sin elementos de prueba que lo confirme, pese al deber que recae en la parte

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

actora de probar todas las manifestaciones de hecho y derecho que surjan dentro de la Litis. Por lo tanto, la atención en salud se rige por la autonomía profesional según lo normado en la ley estatutaria de salud, y para el caso en marras se brindó en apego de los protocolos y guías de manejo, acordes a la *lex artis ad hoc*, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

A LAS PRETENSIONES

Se contestan así:

A LA PRIMERA: Se niega en lo que respecta a la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. Lo anterior teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, para los días 11 al 13 de mayo del año 2020, en la Clínica Medilaser S.A.S Sucursal Florencia; **del que se puede concluir que el lamentable fallecimiento del usuario, no fue causado por algún actuar médico negligente, imprudente o en desconocimiento de la Lex Artis Ad Hoc, brillando por su ausencia algún elemento que permitan concluir su deceso fue determinado por alguna conducta desplegada por la Clínica demandada. Contrario sensu,** es claro basado en las pruebas obrantes dentro del plenario, que al usuario **se le brindo un tratamiento médico acorde al cuadro clínico que presentó,** el cual estaba basado, en resumen, se trata de paciente de 77 años referido de hospital de segundo nivel para manejo en unidad de cuidado crítico con diagnósticos Dengue y Signos de Alarma con riesgo de falla ventilatoria con comorbilidades EPOC e HTA. quien cursa con lesión renal aguda akin II, paciente debuto con síndrome febril, con posterior deterioro del componente respiratorio, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, se evidencia acidosis mixta, predominio del componente respiratorio, hemograma con datos de respuesta inflamatoria sistémica, azoados elevados; CR: 5.70, BUN: 88.4, valorado por cardiología con Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica deterioro leve de la función sin valvulopatias severa ni alteración segmentaria de la motilidad

Paciente con deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección la cual viene siendo manejada con antibióticoterapia, no se evidencia alteración estructural de la función cardiaca que justifique el cuadro crítico, paciente con evolución tórpida que no responde al manejo y fallece.

De la atención prestada al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud.

De conformidad con lo anterior, no se avizoran los elementos que al tenor de lo dispuesto en el artículo 90 constitucional deben resultar acreditados para que se declare responsable a una entidad estatal, siendo estos, el daño antijurídico y la imputación de este, desde un plano fáctico y jurídico.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

A LA SEGUNDA Y TERCERA: Se niegan. Teniendo en cuenta lo argumentando en numeral anterior, en el presente asunto **no resultarán acreditados los elementos que constituyen la responsabilidad del estado (en este caso aplicable por fuero de atracción)**; por lo tanto, **no hay lugar** a que el Juez de instancia acceda al reconocimiento de alguna tipología de perjuicio inmaterial, que en este caso corresponde a los denominados *MORALES, A LA SALUD, Y AFECTACION GRAVE A BIENES CONSTITUCIONAL O CONVENCIONALMENTE PROTEGIDO*, así como tampoco a los perjuicios materiales denominados, LUCRO CESANTE de índole futuro y consolidado, como quiera que debe resultar acreditada la responsabilidad de las instituciones demandadas; sin embargo, teniendo en cuenta que el caso que nos ocupa no se logrará con este cometido, por lo menos con la entidad que represento, por lo que esta pretensión resulta inoperante.

A LA CUARTA: Se niega. En virtud de la inexistencia de los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la CLÍNICA MEDILASER S.A.S, de conformidad a los lineamientos definidos en el artículo 90 de la C. Pol; lo que deriva en que contrario a lo pretendido en estos numerales por la parte demandante, se deba generar una condena en costas al tenor del artículo 180 del CPACA, que por remisión normativa atiende a los parámetros definidos en el artículo 365 del C.G. P y S.ss, **pero en su contra.**

FUNDAMENTOS FACTICOS Y JURÍDICOS DE LA DEFENSA

Esta defensa manifiesta su **total oposición a las pretensiones del Medio de Control que nos ocupa**, ya que como resultará acreditado a través del análisis de las pruebas arrimadas al proceso, se logrará demostrar sin asomo de duda que la atención médica prestada al paciente *Luis Francisco Sánchez Malagón*, en la Clínica Medilaser S.A.S. de Florencia (los días del 11 al 13 de mayo de 2020) **no se configuró alguna falla del servicio médico a la que se pueda atribuir el desafortunado desenlace del usuario**, o alguna conducta negligente, imprudente o carente de pericia brindada, dentro de las fechas antes mencionadas al paciente. Contrario sensu, es evidente que dentro de las pruebas obrantes dentro del caso que nos ocupa, **no se puede concluir que, dentro de la prestación del servicio médico suministrado al usuario en comento**, le fueron causados los perjuicios reclamados, por el actuar médico que le fue brindado en la institución que represento; como quiera que el paciente ingresa referido de segundo nivel para manejo en unidad de cuidado crítico con diagnósticos Dengue y Signos de Alarma con riesgo de falla ventilatoria con comorbilidades EPOC e HTA, quien cursa con lesión renal aguda akin II, el paciente debuto con síndrome febril, con posterior deterioro del componente respiratorio, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, se evidencia acidosis mixta, predominio del componente respiratorio, hemograma con datos de respuesta inflamatoria sistémica, azoados elevados; CR: 5.70, BUN: 88.4, valorado por cardiología con Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica deterioro leve de la función sin valvulopatías severa ni alteración segmentaria de la motilidad

Por lo tanto, el paciente con deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección la cual viene siendo manejada con antibióticoterapia, no se evidencia alteración estructural de la función cardíaca que justifique el cuadro crítico, paciente con evolución tórpida

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

que no responde al manejo y fallece.

De la atención prestada al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud.

Lo anterior, teniendo como fundamento la posición unificada del Consejo de Estado Colombiano y de la Doctrina, en el ámbito de la Responsabilidad del Estado (aplicable por fuero de atracción al caso); que al tenor de lo dispuesto en el Artículo 90 de la C. Pol, implica que, para declarar patrimonialmente responsable una entidad pública que preste servicios médicos, deban resultar acreditados dos presupuestos, el primero de ellos denominado daño antijurídico y el segundo imputación. Ultimo que comprende un análisis fáctico (atribución material del hecho) y otro jurídico en el que juega un papel importante los títulos de imputación (*falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional, etc.*). Así lo comenta el Honorable Consejo de estado, en jurisprudencia reciente¹, en los siguientes términos:

*"Son dos los elementos que se deben reunir para que se abra paso a la responsabilidad del Estado, a saber: i) **la existencia o configuración de un daño antijurídico** y; ii) **que éste sea imputable o atribuible a la acción de la administración** o la "omisión de un deber normativo"²..."*

(...)

*"Por su parte, la imputación del daño como el segundo de los elementos para que se abra paso a la responsabilidad del Estado, **implica un análisis desde dos ámbitos: el ámbito de imputación o atribución fáctica y el de imputación o atribución jurídica**. La imputación o atribución fáctica implica realizar un análisis de la causalidad material o física en la producción del daño antijurídico, esto es, **de las causas o las circunstancias en las que se produjo**, para así determinar si es imputable a la administración o si operó alguna de las causales de exclusión de la responsabilidad o una concurrencia de acciones u omisiones en su producción. **La imputación o atribución jurídica, implica establecer el fundamento o razón de la obligación de reparar o indemnizar determinado perjuicio derivado de la materialización de un daño antijurídico. La imputación o atribución jurídica **implica analizar si el daño antijurídico es atribuible a la administración** conforme a "un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada–; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal–; riesgo excepcional"³..."** (subrayado y en negrilla fuera del texto)*

Presupuestos que brillan por su ausencia, pues la causa eficiente del daño discutido, no es atribuible al personal médico que atendió al usuario, y mucho menos a la misma IPS, de conformidad a la revisión del historial clínico que se allega, así como

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, sentencia del 31 de mayo de 2019, Exp. 43506.

² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 16 de febrero de 2017, Exp. 34928.

³ Ibídem.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

los elementos de prueba que se aportan con este escrito, en donde se dejó consignado **las condiciones y diagnósticos con los que ingreso el paciente, así como el manejo oportuno y acertado que le brindaron los profesionales tratantes en cada momento de la prestación del servicio, por lo que es inoperante derivar un error de conducta** para los galenos tratantes, y mucho menos es loable concluir que el desafortunado fallecimiento que presento fueron a causa de una negligencia, imprudencia o imperita atención médica. Para soportar lo dicho, se trae a colación el extracto del dictamen pericial de parte, rendido por el Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, médico Especialista en MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGIA, quien conceptúa:

"...10. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

*Rta/: **Si, el tratamiento que se le presto al paciente siempre fue acorde a su estado de salud desde el ingreso, y con cada evolución del mismo se trató de resolver y mejorar el pronóstico medico***

11. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo medico generado al paciente? Justifique su respuesta

*Rta/ **No, en preguntas anteriores se ha especificado el manejo que se brindó al paciente desde su ingreso hasta su desenlace fatal tratando el motivo de ingreso y cada situación que se fue presentando para darle una solución inmediata incluyendo manejo de imágenes diagnósticas, paraclínico, interconsultante, antibiótico, vasopresor, uci etc.***

(...)

13. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuál fue la Causa del fallecimiento del paciente?

*Rta/ Paciente quien **ingresa a la Clínica Medilaser con enfermedades preexistente por hipertensión arterial, epoc y obesidad que aumentan el pronóstico y mortalidad del paciente (EXPLICADAS A CONTINUACION).** Ya en mal estado general, con distrés respiratorio, requiriendo intubación mecánica, con dosis tope de dos presores en falla renal aguda por lo que se inicia manejo dialítico suspendido por hipotensión, deterioro clínico presentado asistolia*

- **EPOC**

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología con prevalencia elevada y una de las que produce mayor morbilidad y mortalidad en todo el mundo 1-4 . El estudio epidemiológico IBERPOC 5 extenderá que la prevalencia de EPOC en España era del 9,1% en sujetos entre 40-69 años (con diferencias en función de las regiones). Aunque el órgano diana es el pulmón, su repercusión puede ser multiorgánica 6,8,9 de manera que puede afectar cualquier tejido, bien sea por la hipoxia y/o hipercapnia, por la inflamación sistémica o por el sedentarismo secundario a la enfermedad que sufre estos pacientes. En fases

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

avanzadas de su enfermedad que presenta un deterioro tanto del estado físico general, de la calidad de vida relacionada con la salud como de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, la supervivencia está disminuida en relación a la población general. La mortalidad global, a los 4–7 años, en los pacientes diagnosticados de EPOC con una edad media de 65–70 años, oscila entre el 30–48% 10–13 y depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

- *Hipertensión arterial*

Existe una relación directa entre las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) y el desarrollo de eventos cardiovasculares (CV), de tal forma que se ha observado que, por cada incremento en 20 mmHg de la PAS a partir de 115 mmHg y de 10 mmHg en la PAD a partir de 75 mmHg, se dobla el riesgo de muerte por ictus, insuficiencia cardíaca u otras enfermedades CV. De hecho, la hipertensión arterial (HTA) es un factor independiente para el desarrollo de cardiopatía isquémica (ángor e infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca, ictus, enfermedad arterial periférica, aneurisma de aorta, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular y deterioro cognitivo, entre otros. De hecho, en el año 2010 la HTA fue la causa más frecuente de muerte y de discapacidad ajustada por años de vida, y en el año 2015 la HTA fue el mayor contribuyente a la muerte prematura, con 10 millones de muertes (4,9 millones por cardiopatía isquémica y 3,5 millones por ictus). En los Estados Unidos, la HTA fue responsable de más muertes por enfermedad CV que cualquier otro factor de riesgo CV modificable, y se encuentra sólo por detrás del tabaco como causa de muerte prevenible de muerte por cualquier causa

- *Obesidad*

La obesidad se ha convertido en una gran amenaza para la salud en todo el mundo. Su prevalencia ha aumentado en prácticamente todos los continentes y probablemente en todos los países desarrollados. La obesidad, junto con el sobrepeso, es ahora el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en personas con enfermedad coronaria establecida¹. Los obesos tienen menos calidad de vida y una esperanza de vida más corta que los individuos promedio. Estudios epidemiológicos han demostrado que la obesidad es un factor de riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, incluidas la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las arritmias ventriculares y la muerte súbita. También se la considera factor causal de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad articular degenerativa, apnea obstructiva del sueño (AOS), dislipemia, reflujo gastroesofágico, hígado graso no asociado a alcoholismo y muchas formas de cáncer.

14. *Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del fallecimiento sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?*

Rta/ No, Desafortunadamente dada la inestabilidad clínica del paciente desde su ingreso siempre tuvo un mal pronóstico lo cual hace que aumentara su grado de mortabilidad, y aun que se practicaron múltiples tratamientos y manejos médicos basados en protocolos y guías no fue posible evitar la muerte del paciente

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

15. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención médica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

Rta/ No, la atención generada por la Clínica Medilaser y el enlace causa del fallecimiento del paciente como se ha explicado en varias ocasiones en este documento se realizó bajo los protocolos y guías médicas, pero la evolución clínica del paciente llevo a su desenlace fatal... (subrayado y en negrilla fuera del texto)

De conformidad a lo anterior, queda probado con el historial clínico allegado con este escrito, además de las pruebas que se aportan, se decreten y practiquen dentro de este problema jurídico, la pertinencia, oportunidad y diligencia en la prestación del servicio médico por parte de nuestros galenos tratantes, para los días 11 al 13 de mayo del año 2020, desvirtuando alguna conducta que pueda endilgar responsabilidad por parte de la institución que represento.

Así las cosas, **NO HAY LUGAR A QUE SE ACCEDA A LAS SUPPLICAS DE LA DEMANDA**, como adelante se expone en las siguientes:

EXCEPCIONES DE MÉRITO

a) INEXISTENCIA DE FALLA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO ATRIBUIBLE A LA CLINICA MEDILASER S.A.S.

En lo que respecta al elemento falla en el servicio, que deberá resultar acreditado para que se predique la responsabilidad de un agente que preste servicios de salud y que sea vinculado a un proceso por fuero de atracción, como el que nos ocupa, el máximo órgano de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa ha Considerado:

*"... En relación con el acto médico propiamente dicho se señala que los resultados fallidos en la prestación del servicio médico, tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento o en la cirugía **no constituyen una falla del servicio, cuando esos resultados son atribuibles a causales naturales, como aquellos eventos en los cuales el curso de la enfermedad no pudo ser interrumpido con la intervención médica, bien porque el organismo del paciente no respondió con era de esperarse a esos tratamientos**, o porque en ese momento aún no se disponía de los conocimientos y elementos científicos necesarios para encontrar remedio o paliativo para esas enfermedades, o porque esos recursos no están al alcance de las instituciones médicas del estado..."*⁴ (Subrayado en negrilla fuera del texto)

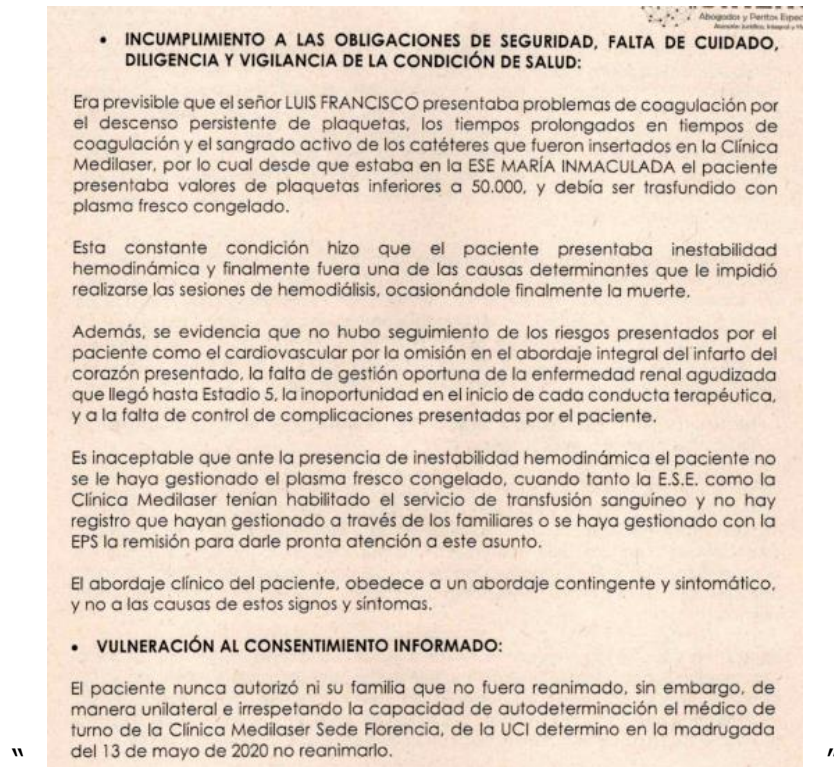
Frente a lo planteado, encontramos que el costado demandante determina en los acápites de la parte fáctica y fundamentos de derecho, que presuntamente recae la obligación patrimonial sobre la entidad que represento, en virtud de la

⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio, Sentencia del 27 de abril de 2011, Radicación Numero: 08001-23-31-000-1993-07622-01 (19846)

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

configuración -a interpretación de esta defensa- por falla en la atención médica suministrada al usuario Luis Francisco Sánchez Malagón, con relación a la negligente prestación del servicio médico asistencial, derivado de un inadecuado manejo medico en su atención, inoportunidad en el diagnóstico y presunta vulneración al consentimiento informado, lo cual condujo el desafortunado fallecimiento del paciente, así lo describo el apoderado actor:



Por lo tanto, estas manifestaciones y su respectiva justificación carecen de total y rotundamente de soporte, por lo cual no habrá lugar a ser tenidos en cuenta para resolver el presente litigio; prueba de lo anterior, en el presente asunto habrá que verificarse lo siguiente:

- **En lo que respecta al error en el diagnóstico y la demora en el tratamiento médico generado al paciente:**

Conforme a la revisión del historial clínico Suministrado en Clínica Medilaser S.A.S, entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020, se puede colegir el adecuado manejo suministrado a la paciente, que en resumen se trata de paciente de 77 años referido de hospital de segundo nivel para manejo en unidad de cuidado crítico con diagnósticos Dengue y Signos de Alarma con riesgo de falla ventilatoria con comorbilidades EPOC e HTA. quien cursa con lesión renal aguda akin II, paciente debuto con síndrome febril, con posterior deterioro del componente respiratorio, requerimiento de ventilación mecánica invasiva, se evidencia acidosis mixta, predominio del componente respiratorio, hemograma con datos de respuesta inflamatoria sistémica, azoados elevados; CR: 5.70, BUN: 88.4, valorado por cardiología con Ecocardiograma con hipertrofia concéntrica deterioro leve de la función sin valvulopatías severa ni alteración segmentaria de la motilidad

Paciente con deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

del parte respiratorio que puede corresponder a infección la cual viene siendo manejada con antibióticoterapia, no se evidencia alteración estructural de la función cardíaca que justifique el cuadro crítico, paciente con evolución tórpida que no responde al manejo y fallece.

De la atención prestada al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud. Lo anterior tiene sustento conforme las conclusiones generadas por el perito especialista en Cardialgia, Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, quien conceptuó lo siguiente:

“...10. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿EL tratamiento generado al paciente estuvo acorde al motivo de consulta?

*Rta/ **Sí, el tratamiento que se le prestó al paciente siempre fue acorde a su estado de salud desde el ingreso, y con cada evolución del mismo se trató de resolver y mejorar el pronóstico médico***

11. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existió alguna inoportunidad en el manejo médico generado al paciente? Justifique su respuesta

*Rta/ **No, en preguntas anteriores se ha especificado el manejo que se brindó al paciente desde su ingreso hasta su desenlace fatal tratando el motivo de ingreso y cada situación que se fue presentando para darle una solución inmediata incluyendo manejo de imágenes diagnósticas, paraclínico, interconsultante, antibiótico, vasopresor, uci etc...”***

(...)

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del fallecimiento sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

*Rta/ **No, Desafortunadamente dada la inestabilidad clínica del paciente desde su ingreso siempre tuvo un mal pronóstico lo cual hace que aumentara su grado de mortabilidad, y aun que se practicaron múltiples tratamientos y manejos médicos basados en protocolos y guías no fue posible evitar la muerte del paciente***

15. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención médica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Rta/ **No, la atención generada por la Clínica Medilaser y el enlace causa del fallecimiento del paciente** como se ha explicado en varias ocasiones en este documento se realizó bajo los protocolos y guías médicas, **pero la evolución clínica del paciente llevo a su desenlace fatal**

16. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Fue adecuada la atención médica integral dada a este paciente por los galenos de Clínica Medilaser S.A.S?

Rta/ **Si, teniendo en cuenta ya qué ingresa un paciente en mal estado general, se ofrece unidad de cuidados intensivos, inicio de mejo medico diagnóstico, antibiótico, vasopresor y con manejo de especialidades Interconsultantes en tiempo oportuno...**" (subrayado y en negrilla fuera del texto)

- **En lo que respecta a la ausencia de consentimiento informado:**

Esta imputación carece de elementos de prueba que lo afirme, a contrario sensu, de la revisión de los registros clínicos que reposan en el plenario se tiene pleno convencimiento que a los familiares del paciente siempre les fue informado las graves condiciones con las que ingresó el paciente, y la evolución tórpida que presentaba el usuario, no obstante, al momento de presentarse el paro cardiorrespiratorio, los galenos tratantes limitaron el esfuerzo terapéutico basado en el principio de beneficencia y no maleficencia, así como la autonomía profesional, la decisión que toma el médico o el grupo tratante de no realizar maniobras de reanimación, la cual no requiere autorización por parte de la familia ni del paciente, a pesar de todos los manejos médicos indicados y adecuados venia en progresión hacia el deterioro tornándose irreversible.

Sin embargo, el actor afirma que debió tomarse decisión de voluntad anticipada o la obtención de la voluntad, sin embargo, esto es un documento previo que se suscribe el paciente para manifestar su voluntad, documento que no había sido suscrito por el paciente, y que para el caso en marras se considera que existía justificación técnica y científica, para amparar la decisión tomada por los galenos tratantes, en el beneplácito de su autonomía profesional.

En suma, de la revisión de los registros clínicos del señor en comento, se puede apreciar que el usuario recibió manejo multidisciplinario por parte de las especialidades, de medicina interna, nefrología, cardiología, con el fin de contrarrestar el motivo de consulta de usuario, y los diagnósticos descritos en el historial clínico, pese a que, el paciente ingresa y transcurre en su estancia con graves condiciones de salud, que no fueron posibles mejorar pese al manejo ofertado, por lo que no se consideró llevar al paciente a un sufrimiento mayor de iniciar con protocolos de reanimación que llevaría al paciente a un perjuicio mayor, atendiendo a su evolución tórpida, los cuales fueron la causa del desafortunado deceso, Por lo tanto, esta aseveración carece de elemento de prueba.

De la atención prestada al señor Luis Francisco Sánchez Malagón, se puede concluir que **no se evidencia fallas en la prestación del servicio** ya que el desafortunado desenlace que tuvo el paciente no fue causado por alguna

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

conducta médica, y la atención brindada se ajustó a la *Lex Artis ad hoc* según las circunstancias de tiempo modo y lugar y los recursos disponibles en la Institución de salud. Lo anterior está plenamente concluido igualmente por el perito especialista en Cardialgia, Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, quien conceptuó lo siguiente:

“...7. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de medicina interna y cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿existe la justificación técnica y legal para que, bajo la autonomía profesional en la medicina, se tome la decisión de no efectuar el protocolo de no reanimación a un paciente? Justifique su respuesta.

Rta/ Hace más de tres décadas se adoptaron en la práctica clínica las órdenes de no reanimación (ONR) como respuesta a los pobres desenlaces derivados de la reanimación cardiopulmonar (RCP). Aun hoy en día el fracaso de las maniobras de RCP en pacientes adultos y posterior muerte continúa siendo el desenlace más frecuente ante un paro cardíaco. La experiencia y la evidencia muestran que la supervivencia al salir del hospital luego de presentar un paro cardíaco oscila entre el 6,5% y el 20% La gran mayoría de los que sobreviven lo hacen con daños neurológicos variables y algún grado de dependencia médica y limitaciones físicas. Alrededor del 90% de los pacientes a quienes se les realizan maniobras de RCP tendrán una prolongación del proceso de morir, por horas o días posiblemente en una unidad de cuidados intensivos. **Si bien la RCP puede extender la vida por horas, días o incluso semanas, su calidad suele ser muy pobre dado las probabilidades del paciente y el índice de vasopresor alto, la inestabilidad hemodinámica, la poca tolerancia a la terapia dialítica y con pruebas de función renal tan elevadas.**

8. Conforme a su respuesta anterior, y teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existían criterios técnicos para poder no hacer uso del protocolo de no reanimación al paciente, teniendo en cuenta las graves condiciones que contaba desde el ingreso, y el contexto del usuario?

Rta/ Independientemente de quién toma la decisión o bajo qué circunstancias se hace, la RCP no se debería indicar como un tratamiento de rutina ante un paro cardíaco, al considerar los malos resultados potenciales que acarrea. En general, debería cuestionarse todo tipo de terapia o de tratamiento que, además de tener un pésimo desenlace, no es inocuo. Si se deja a un lado el tema de la autonomía y únicamente se piensa en el bienestar del paciente (principios éticos de beneficencia y no maleficencia), como debe ser el razonamiento de los médicos antes de proponer o adoptar una determinada conducta, cabe la pregunta ¿por qué la RCP ha sido recomendada en todas las situaciones clínicas a pesar de conocer el pobre pronóstico subsecuente? Se podría argumentar que es la única alternativa ante la muerte; pero ¿se está pensando en el bienestar del paciente y de la sociedad? O ¿únicamente se piensa en mantener vivo al paciente a toda costa sin importar su calidad de vida posterior? Aquí es donde preguntarle al paciente —con antelación, claridad y respeto— qué desearía en el supuesto de presentar un paro cardíaco es fundamental. ¿Será él quien defina si prefiere vivir sin importar el resultado o morir sin tener que pasar por una RCP? Estos cuestionamientos han incrementado (desde la década pasada) el número de ONR en la práctica clínica, y en algunos países, como Inglaterra, han llegado a que más del 80 % de las personas que mueren en un hospital tengan una ONR, **a fin de evitar que la muerte en un hospital signifique pasar necesariamente por una RCP**

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

9. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existen registros en donde se pueda establecer si a los familiares del paciente se les informaba sobre la condición de salud del usuario?

Rta/ Si, en varias ocasiones se describe en la nota medica el estado de salud del paciente y se hace referencia a la información del estado del paciente

- 12/05/2020 8:09:24 a. m. : Paciente en mal estado general, con persistencia de trastorno de oxigenación con control de gases arteriales muestran persistencia de hipoxemia por lo que se inicia intubación temprana y se deja bajo sedación con Midazolam y fentanyl, bolos de vecuronio. Pendiente valoración por cardiología y nefrología por aumento de azodados y gasto urinario bajos y troponinas elevadas. Se gases arteriales control en la tarde Se informa a familiar de manera telefónica sobre la condición clínica y pronóstico del paciente por aislamiento covid-19

- 12/05/2020 11:59:18 a. m: Llama la atención el deterioro progresivo y severo de la función renal descompensación del parte respiratorio que puede corresponder a infección no se evidencia alteración estructural de la función cardiaca que justifique el cuadro critico actual se informa de manera clara amplia a familiar critico estado actual como también conducta

- 12/05/2020 4:49:57 p. m.: Paciente en malas condiciones generales, mal pronóstico a corto plazo, alto riesgo de complicaciones por múltiples comorbilidades y alto riesgo de muerte. pronóstico reservado. se informa condición actual de paciente y plan a seguir, a familiar, quien refiere entender y aceptar...”
(subrayado y en negrilla fuera del texto)

Con todo, se puede concluir que el desafortunado fallecimiento del paciente **es como consecuencia de las deplorables condiciones con las que ingreso, y las patologías que llevaron al paciente a presentar sus condiciones clínicas**, a pesar del manejo médico realizado por el equipo médico de clínica Medilaser S.A.S, no se pudo establecer que la descompensación hemodinámica, fue derivado de algún inadecuado manejo médico, lo que deviene que **el usuario le fue suministrado un tratamiento oportuno, de principio a fin**, lo que de entrada desestima alguna imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada.

Por lo tanto, queda probado hasta ahora el manejo pertinente, oportuno, perito y ajustado a ley del arte médico, brindado por la institución que represento, **lo que desvirtúa las imputaciones de alguna falla en la prestación del servicio médico.**

En este orden de ideas, no existe como establecer algún vínculo de conexión entre las deplorables imputaciones que manifiesta el actor y que fueron desvirtuadas con los argumentos expuestos, con la desafortunada desarticulación que padeció el paciente, y mucho menos posibilidad de endilgar responsabilidad en cabeza de mí representada por los hechos objeto de la demanda.

b) INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SUMINISTRADO AL PACIENTE Y SU DESENLACE.

En lo que respecta al elemento NEXO CAUSAL, la Jurisprudencia y la Doctrina han sido claras en enfatizar que este resulta acreditado en la medida que se demuestre que el daño **tuvo su génesis, fue originado o es consecuencia directa de las fallas en la prestación del servicio médico dado al paciente.** Al respecto,

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

el tratadista En palabras del tratadista Jorge Pantoja Bravo en su obra Derecho de Daños, Tomo II:

"...El Consejo de Estado en la falla del servicio establece los elementos así:

- a. *Servicio que funcionó mal, no funcionó o lo hizo traídamente (...)*
- b. *Un perjuicio (...)*
- c. *Relación de causalidad entre a y b: entre la falla en el servicio y el perjuicio debe existir una relación de causalidad, es decir, **que el daño debe ser efecto o resultado de esa falla o falta de servicio; este nexos causal debe ser próximo, debe ser determinante del daño y debe ser acto o idóneo para causar dicho daño...***⁵ (Negrillas y subrayado fuera del texto)

De conformidad a lo anterior, en el caso que nos ocupa, el profesional del derecho que representa al costado activo tiene la carga probatoria de demostrar que, la prestación del servicio médico que se le brindó al usuario *Luis Francisco Sánchez Malagón*, en Clínica Medilaser S.A.S, los días del 11 al 13 de mayo del año 2020, por parte de los galenos tratantes, tuvieron alguna demora, negligencia, imprudencia, impericia o sin adoptar los lineamientos de la *lex artis* médica (fallas alegadas), y **esto deberá enlazarse causalmente con el desenlace falta que presentó la paciente.** Al respecto, cabe anotar desde ya que, como bien lo sustenta el perito de parte, Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, galeno especialista en Cardiología, **la Clínica Medilaser S.A.S. puso a disposición de todos los medios y servicios que tenía a su alcance;** sin embargo, las deplorables condiciones clínicas con las que ingreso, la descompensación hemodinámica, y las múltiples factores que predispuso la atención del usuario, a nunca encontrarse en una estabilidad de su patologías de base, fueron los que llevaron a que presentara un alto índice de mortalidad, lo que derivó a que el paciente infortunadamente no mejorara sus condiciones hemodinámicas, pese a todo el manejo médico ofertado por la IPS que represento.

Sumado a ello, del análisis pormenorizado de los medios de pruebas que obran en este escrito de contestación, no se logra acreditar que el manejo médico generado por parte de los galenos especialistas en medicina interna, nefrología, cardiología, estuvieran con inobservancia de las guías y protocolos de manejo para el manejo quirúrgico de la paciente, y mucho menos una negligente atención médica. Con todo, y basados en las pruebas obrantes dentro del plenario, no existe imputación que pueda endilgar responsabilidad en cabeza de mi representada, y afora una ausencia de nexos de causalidad entre la atención de la paciente en clínica Medilaser S.A.S. y el infortunado fallecimiento del señor Luis Francisco Sánchez Malagón. Lo anterior está documentado dentro del concepto pericial rendido por el Dr. PEDRO ROCHA CASTELBLANCO, médico especialista en cardiología, quien conceptuó así:

⁵ Página 693-694, Editorial Leyer, edición 2015.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

“...12. Teniendo en cuenta sus conocimientos técnicos en la especialidad de cardiología, y basado en la literatura médica aplicable; sírvase informar el perito ¿Cuál era el pronóstico e índice de mortalidad del paciente con los diagnósticos que padeció?

Rta/ Gracias a los estudios realizados a lo largo del tiempo tenemos varias tablas por decirlo de alguna manera para poder medir la morbilidad y mortalidad del paciente que ingresa a urgencias y UCI. Entre ellas existe la escala SOFA, APACHE II. etc., sin embargo, **aplicadas en el contexto del paciente al momento de ingreso todas dan un riesgo muy alto de mortalidad y morbilidad desde el ingreso las cuales aumentan con su evolución a lo largo del tiempo**

Escala SOFA (Sepsis related Organ Failure Assessment)					
CRITERIOS	0	1	2	3	4
SNC Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	< 6
Renal Creatinina (mg/dl) Diuresis (ml/día)	< 1,2	1,2-1,9	2-3,4	3,5-4,9 ou < 500	> 5 ou < 200
Hepático Bilirrubina (mg/dl)	< 1,2	1,2-1,9	2-5,9	6-11,9	> 12
Coagulación Plaquetas 10 ⁹ /mm ³	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Respiratorio PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	≥ 400	< 400	< 300	< 200 y soporte ventilatorio	< 100 y soporte ventilatorio
Cardiovascular TAM (mmHg) Drogas vasoactivas (µg/kg/min)	≥ 70	< 70	Dopamina a < 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina 5-15 Noradrenalina o adrenalina ≤ 0,1	Dopamina > 15 Noradrenalina o adrenalina > 0,1

SNC: sistema nervioso central; PaO₂: presión arterial de oxígeno; FiO₂: fracción de oxígeno inspirado; TAM: tensión arterial media.

ESCALA STEVENSON

Con base en los hallazgos clínicos y paraclínicos de perfusión y congestión se podrían determinar cuatro estados clínicos hemodinámicos (cuadrante de Stevenson) así:

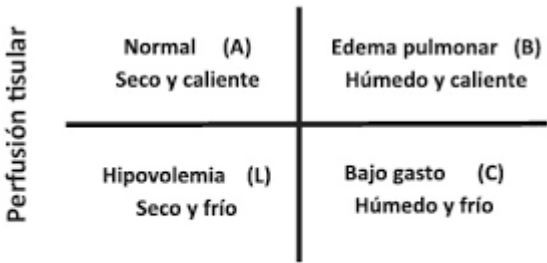


Figura 4. Clasificación de Stevenson de la falla cardíaca aguda

ESCALA APACHE II

es un sistema de clasificación de severidad o gravedad de enfermedades, uno de varios sistemas de puntuación usado en las unidades de cuidados intensivos.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

Puntuación APACHE II									
APS	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Temperatura rectal (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Pres. art. media (mmHg)	>159	130-159	110-129		70-109		50-69		<50
Frec. cardíaca (lpm)	>179	140-179	110-129		70-109		55-69	40-54	<40
Frec. respiratoria (rpm)	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
Oxigenación									
Si FiO2 ≥ 0.5 (AaDO2)	499	350-499	200-349		>200				
Si FiO2 ≤ 0.5 (PaO2)					<70	61-70		56-70	<56
pH arterial	>7,9	7,60-7,69		7,50-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Na plasmático (mmol/L)	>179	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	<111
K plasmático (mmol/L)	>6,9	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Creatinina* (mg/dL)	>3,4	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematocrito (%)	>59,9		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Leucocitos (x1000)	>39,9		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Suma de puntos									
Total APS									
15- GSC									
Edad									
Enfermedad crónica									
Preoperatorio programado									
Preoperatorio urgente o médico									
≤ 44									
45-64									
55-64									
65-74									
≥ 75									
Puntos APS									
Puntos GCS									
Puntos edad									
Puntos enf. previa									
Total de puntos APACHE II A+B+C+D =									

13. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿Cuál fue la Causa del fallecimiento del paciente?

Rta/ **Paciente quien ingresa a la Clínica Medilaser con enfermedades preexistente por hipertensión arterial, epoc y obesidad que aumentan el pronóstico y mortalidad del paciente (EXPLICADAS A CONTINUACION). Ya en mal estado general, con distrés respiratorio, requiriendo intubación mecánica, con dosis tope de dos presores en falla renal aguda por lo que se inicia manejo dialítico suspendido por hipotensión, deterioro clínico presentado asistolia**

- EPOC

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología con prevalencia elevada y una de las que produce mayor morbilidad y mortalidad en todo el mundo 1–4 . El estudio epidemiológico IBERPOC 5 extenderá que la prevalencia de EPOC en España era del 9,1% en sujetos entre 40–69 años (con diferencias en función de las regiones). Aunque el órgano diana es el pulmón, su repercusión puede ser multiorgánica 6,8,9 de manera que puede afectar cualquier tejido, bien sea por la hipoxia y/o hipercapnia, por la inflamación sistémica o por el sedentarismo secundario a la enfermedad que sufre estos pacientes. En fases avanzadas de su enfermedad que presenta un deterioro tanto del estado físico general, de la calidad de vida relacionada con la salud como de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, la supervivencia está disminuida en relación a la población general. La mortalidad global, a los 4–7 años, en los pacientes diagnosticados de EPOC con una edad media de 65–70 años, oscila entre el 30–48% 10–13 y depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

- Hipertensión arterial

Existe una relación directa entre las cifras de presión arterial sistólica (PAS) y PA diastólica (PAD) y el desarrollo de eventos cardiovasculares (CV), de tal forma que se ha observado que, por cada incremento en 20 mmHg de la PAS a partir de 115 mmHg y de 10 mmHg en la PAD a partir de 75 mmHg, se dobla el riesgo de muerte por ictus, insuficiencia cardíaca u otras enfermedades CV. De hecho, la hipertensión arterial (HTA) es un factor independiente para el desarrollo de cardiopatía isquémica (ángor e infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca, ictus, enfermedad arterial periférica,

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

aneurisma de aorta, insuficiencia renal crónica, fibrilación auricular y deterioro cognitivo, entre otros. De hecho, en el año 2010 la HTA fue la causa más frecuente de muerte y de discapacidad ajustada por años de vida, y en el año 2015 la HTA fue el mayor contribuyente a la muerte prematura, con 10 millones de muertes (4,9 millones por cardiopatía isquémica y 3,5 millones por ictus). En los Estados Unidos, la HTA fue responsable de más muertes por enfermedad CV que cualquier otro factor de riesgo CV modificable, y se encuentra sólo por detrás del tabaco como causa de muerte prevenible de muerte por cualquier causa

- **Obesidad**

La obesidad se ha convertido en una gran amenaza para la salud en todo el mundo. Su prevalencia ha aumentado en prácticamente todos los continentes y probablemente en todos los países desarrollados. La obesidad, junto con el sobrepeso, es ahora el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en personas con enfermedad coronaria establecida¹. Los obesos tienen menos calidad de vida y una esperanza de vida más corta que los individuos promedio. Estudios epidemiológicos han demostrado que la obesidad es un factor de riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares, incluidas la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las arritmias ventriculares y la muerte súbita. También se la considera factor causal de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad articular degenerativa, apnea obstructiva del sueño (AOS), dislipemia, reflujo gastroesofágico, hígado graso no asociado a alcoholismo y muchas formas de cáncer.

14. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿se puede establecer con certeza que la causa del fallecimiento sea atribuible a un indebido proceder médico o manejo integral por parte de los galenos tratantes?

Rta/ No, Desafortunadamente dada la inestabilidad clínica del paciente desde su ingreso siempre tuvo un mal pronóstico lo cual hace que aumentara su grado de mortabilidad, y aun que se practicaron múltiples tratamientos y manejos médicos basados en protocolos y guías no fue posible evitar la muerte del paciente

15. Teniendo en cuenta el contenido de la historia clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, diligenciada en la CLÍNICA MEDILASER S.A.S. entre los días 11 al 13 de mayo del año 2020; sírvase informar el perito ¿existe algún enlace causal entre el fallecimiento del usuario y la atención médica generada en Clínica Medilaser S.A.S.?

Rta/ No, la atención generada por la Clínica Medilaser y el enlace causa del fallecimiento del paciente como se ha explicado en varias ocasiones en este documento se realizó bajo los protocolos y guías médicas, pero la evolución clínica del paciente llevo a su desenlace fatal...”(subrayado y en negrilla fuera del texto)

Así las cosas, con los argumentos expuestos en los acápites anteriores, permiten desestimar algún nexo causal entre la atención médica brindada por mi representada y las secuelas que tuvo el paciente.

c) LA DENOMINADA GENÉRICA

Por mandato expreso del legislador, puede ser declarada oficiosamente las excepciones que aquel encuentre probadas.

Por lo tanto, solicito al señor juez, se sirva declarar probadas las excepciones que resulten dentro del presente proceso conforme al artículo 187 inciso 2º de CPACA.

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

PRUEBAS DE LA OPOSICIÓN Y DE LAS EXCEPCIONES DE FONDO

Con el objeto de probar: Las excepciones propuestas; al igual que los fundamentos facticos y jurídicos de la defensa, muy respetuosamente solicito al señor juez se decreten y practiquen las siguientes pruebas:

DOCUMENTALES:

Téngase como documental las aportadas totalmente con la demanda y anexo a ellas las siguientes:

- 1.1 Copia autentica de la Historia Clínica del paciente Luis Francisco Sánchez Malagón, en lo correspondiente a las atenciones prestadas Clínica Medilaser S.A.S. en Florencia para el año 2020, relacionada con el objeto del litigio, con su respectiva transcripción, generando un total de dos (2) documentos comprimidos en formato WINRAR.

2. PERICIAL DE PARTE:

- 2.1 Dictamen pericial de parte rendido por el Dr. **PEDRO ROCHA CASTELBLANCO**, galeno Especialista en Medicina Interna y Cardiología quien efectuó concepto técnico sobre los hechos objeto de litigio.

3. TESTIMONIALES:

Para que declaren sobre los hechos de la demanda y sobre las respuestas dadas en esta contestación, se solicita recibir el testimonio de las siguientes personas:

- 3.1 Doctor **LUIS GONZALO PLATA SERRANO**, Médico internista, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección luisplata51@hotmail.com, al abonado telefónico 3135793397.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.2 Doctora **KAREN MILAGROS PEREZ MOLINARES**, Médica internista, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección kperezmolinares@gmail.com, al abonado telefónico 3148533996.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ

ABOGADO

de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.3 Doctor **SEBASTIAN CAMPBELL QUINTERO**, Médico cardiólogo, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, sebas_campbell@hotmail.com, al abonado telefónico 3015537750.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.4 Doctor **DAVID SANTANDER BOHORQUEZ**, Médico nefrólogo, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, santandermd1@gmail.com, al abonado telefónico 3142873534.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

- 3.5 Jefe **PAOLA YAMILE FANDIÑO**, profesional en enfermería, que se localiza en la Carrera 6 No. 14ª – 55 en Florencia Caquetá, en Clínica Medilaser S.A.S de Florencia, para que explique su intervención en este asunto, según la historia clínica de la paciente que obra en el pleito. Igualmente, para efectos de notificación electrónica podrá ser ubicada en la dirección, paoyami28@hotmail.com, al abonado telefónico 3138209369.

En el evento que para el momento de la diligencia la testigo no resida en la ciudad de Florencia, se solicita al despacho que se ordene la recepción de su testimonio por medio de videoconferencia con apoyo de los medios tecnológicos.

PETICIONES DE LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA:

Se solicita, con fundamento en lo contestado, se absuelva a la parte demandada de las pretensiones contenidas en la demanda y **se condene en costas a la parte actora.**

JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
ABOGADO

Téngase por contestada el medio de control de reparación directa dentro del término legal, en virtud de la notificación electrónica suscrita a este costado demandado.

ANEXOS:

- I. Las enunciadas en el acápite de pruebas documentales
- I. Poder especial conferido, presentado en el escrito de ampliación.
- II. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad CLÍNICA MEDILASER S.A.S.

NOTIFICACIONES:

Las partes en los lugares indicados en la demanda.

La CLINICA MEDILASER S.A.S. en la en la Calle 6° No. 14ª-55 B/ Juan XXIII, teléfono 4366000 Ext. 2135 Cel. 3123804302, dirección de notificación electrónica: notificacionjudicial@medilaser.com.co

El suscrito apoderado podrá ser notificado en la Calle 6° No. 14ª-55 B/ Juan XXIII, teléfono 4366000 Ext. 2135 Cel. 3123804302, dirección de notificación electrónica: jhr992@hotmail.com.

Atentamente,



JEFFERSON HITSCHERICH RAMIREZ
C.C. No.1.018.451.801 de Bogotá D.C.
T.P. No. 266.117 del C.S. de la J.