

Cartagena, octubre de 2024

Señores

JUZGADO SEXTO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA

j06cctocgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

ASUNTO: **CONTESTACIÓN A REFORMA DE LA DEMANDA**

DEMANDANTE: CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ Y OTROS

DEMANDADO: **LITOTRICIA Y OTROS**

CLASE PROCESO: VERBAL DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

RADICACIÓN No. 13001-31-03-006-2022-00311-00

Señor Juez

IVETTE MARTINEZ GALVEZ, vecina y residente de esta ciudad, abogada en ejercicio e identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, y actuando en calidad de apoderada de la entidad demandada, **LITOTRICIA S.A.**, dentro del proceso de la referencia, muy respetuosamente me dirijo a usted, con el fin de descorrer el traslado para dar **CONTESTACIÓN DE REFORMA DE LA DEMANDA**, dentro del término legal para ello:

1

1. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Mediante estado auto de fecha diecisiete (17) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024), publicado en estado, notificada con Estado No. 118 del 20 del mismo mes y año, se notificó a las partes de la admisión de la reforma de la demanda dentro del asunto concediendo el termino de diez (10) días que empezará a correr tres días después del de la publicación del estado, finiquitando el día miércoles nueve (9) de 2024. Con lo anterior, me encuentro dentro del término legal para contestar, a lo cual procedo.

2. A LAS PRETENSIONES

Reiteramos nuestra oposición a todas y cada una de las pretensiones formuladas por los demandantes, como quiera que los actos médicos prestados por mi

representada se desarrollaron en el marco de la *lex artis ad hoc*, uso racional de la capacidad instalada y el concurso de un equipo multidisciplinario que abordó al paciente con pertinencia, oportunidad, integralidad y eficiencia. Todo ello en el cumplimiento de las obligaciones que nos impone el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Seguridad del paciente.

En el caso del paciente AUGUSTO ENRIQUE TINOCO GARCÉS (QEPD), tanto su diagnóstico inicial, como su plan de tratamiento fue acorde con la Guía de Práctica Clínica pertinente, atendiendo a su condición al ingreso a la institución y a los hallazgos observados durante la cirugía exploratoria los cuales constan en la historia clínica correspondiente, que se encuentra incorporada al expediente. Ellos dan cuenta de una condición imprevisible e irresistible, cual es la dificultad de abordaje a la zona quirúrgica debido al síndrome adherencial severo que este presentaba y que impidió el acceso a los intestinos, con lo cual se dificultó su diagnóstico, en virtud de tal fuerza mayor o caso fortuito.

El síndrome adherencial, connota un riesgo asociado a la idiosincrasia del paciente, que desarrolla tal condición por distintas causas, no evitables, entre las cuales están los abordajes quirúrgicos previos en la zona abdominal.

Yerra la togada demandante al fincar su aspiración indemnizatoria en la falta de diagnóstico previo del síndrome adherencial severo, ya que este sólo puede diagnosticarse intraoperatoriamente. De esta forma, es un evento irresistible toda vez que sólo ante la tórpida evolución en la resolución de la complicación presentada en la cirugía programada, con ocasión de su Ca de Próstata, pudo conocerse del compromiso de sus órganos abdominales con tal síndrome calificándolo de severo, ante la gran dificultad que significaba para la intervención. Diagnóstico que no solo fue ratificado durante la cirugía exploratoria realizada por el Dr. CARLOS CRUZ GÓMEZ, especialista en cirugía general, sino que pudo observar el grado de severidad de este, calificándolo como abdomen congelado, con lo cual se demuestra la causa excluyente de responsabilidad conocida como fuerza mayor o caso fortuito.

Contrario a lo dicho por el peritaje aportado por los demandantes, la condición de salud del paciente el ingreso al NHB, indicaba un pronóstico reservado a la evolución sistémica, pero en una mirada *ex post*, cursando una fuga intestinal y

con un abdomen congelado por el síndrome adherencial severo, era de muy mal pronóstico, tal como se les explicó a los familiares finalizada la cirugía de exploración. Al mismo tiempo, le fueron explicados a detalles del plan quirúrgico ante la salida de material fecaloide por dren vigilante y los riesgos inherentes a la intervención. Sin embargo, debemos aclarar que tal consentimiento no era necesario para el abordaje, dado que se trataba de una urgencia vital, tal como consta en la historia clínica que se aporta con la demanda.

Hemos de destacar la oportunidad con la cual se llama a concursar a un cirujano general tan pronto se ingresó al paciente, trazándose un plan de ayudas diagnósticas para estudiar el verdadero estado del abdomen, atendiendo a su motivo de remisión. De allí en adelante, tal como lo demuestra la historia clínica, bajo vigilancia estricta, un equipo multidisciplinario de la IPS, vigiló su evolución de forma cercana y constante, tomando las conductas terapéuticas del caso, de acuerdo con su condición clínica.

Es así el lamentable desenlace obedece a una causa imputable a la dificultad propia del paciente conocida como abdomen congelado y a su respuesta autoinmune ante la tórpida evolución de sus lesiones intestinales, no derivadas de mala práctica sino inherentes a su estado clínico, en el caso del NHB. Con lo anterior, la muerte del paciente no es un daño indemnizable, sino un efecto del proceso desencadenado por el riesgo permitido y autorizado, al que se enfrentó durante la cirugía programada para abordar el cáncer de próstata que le fue diagnosticado.

Con lo anterior, el NHB cumplió con su deber misional de prestación de servicios y no habiendo nexo causal entre nuestra atención a través del talento humano en salud disponible y la evolución y muerte del paciente, nos oponemos a la condena y en su lugar solicitamos que sea absuelta mi apadrinada condenando en costas a la parte actora, según las reglas establecidas en el Código General del Proceso.

3. A LOS HECHOS

1. No nos constan. Deberán probarse. Sin embargo, es cierto que su ingreso a nuestra institución es remitido en calidad de beneficiario de la Entidad Promotora de salud SANITAS S.A.S., a quien le fue

facturada la atención brindada.

2. No nos consta. Deberá probarse bajo la solemnidad establecida en la legislación civil y los contemplados en el Decreto 1260/70, habida cuenta que se trata de los atributos del señor **AUGUSTO TINOCO GARCES (Q.E.P.D.)**, como ciudadano colombiano. La protección constitucional al adulto mayor en este caso es impertinente toda vez que se discute la atención en el contexto sanitario del paciente fallecido, por tanto es una muestra del respeto a sus garantías constitucionales al acceder al servicio público de salud en condiciones de calidad y eficiencia.
3. No nos consta. Deberá probarse bajo la solemnidad establecida en la legislación civil y las contempladas en el Decreto 1260/70, habida cuenta que se trata de los atributos de la señora **CLAUDIA ROSA PADAUI ORTIZ**, como ciudadana colombiana.
4. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente **AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D.**, como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.
5. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el

equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.

6. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.
7. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.
8. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos

a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.

9. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.
10. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para

orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.

No obstante, Es FALSO que tuvieran que realizarse otras ayudas diagnósticas para diagnosticar un SÍNDROME SEVERO ADHERENCIAL, como fue el hallazgo intraoperatorio y en virtud del cual ocurrió la complicación quirúrgica, tales adherencias no pueden diagnosticarse sino al abordaje quirúrgico, tal como lo contempla la literatura científica mundial. De hecho, de conformidad con la historia clínica aportada con la demanda, durante el diagnóstico se realizaron pruebas de imagen tales como la TAC, las ecografías, las pruebas sanguíneas y ninguna de ellas fue indicativa de problema abdominal que pudiera asociarse a severo compromiso adherencial a nivel de intestinos.

Según la literatura científica, así se definen las adherencias abdominales¹:

“Las adherencias abdominales son bandas de tejido cicatrizal que se forman dentro del abdomen. Las bandas se forman entre dos o más órganos o entre los órganos y la pared abdominal.

Normalmente, cuando una persona se mueve, la superficie de sus órganos y la pared abdominal no se pegan. Sin embargo, al haber adherencias abdominales, estas superficies se pueden adherir o pegar entre sí.

Las adherencias abdominales pueden voltear, torcer, halar o comprimir los intestinos y otros órganos en el abdomen, causando [síntomas](#) y [complicaciones](#) como obstrucción intestinal o bloqueo.”

Con lo anterior, hacemos notar destacamos que el diagnóstico de síndrome adherencial severo, fue realizado en la IPS remitente, desde el abordaje quirúrgico inicial, cursando entre el mismo y el ingreso al NHB, varias reintervenciones imperativas y necesarias para salvar la vida del paciente, pero agravantes del

¹ <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/adherencias-abdominales#que>

síndrome encontrado hasta producir el “congelamiento”, tal como se describe en la primera cirugía exploratoria, realizada por el Dr. Carlos Cruz, según se describe en la historia clínica aportada con esta contestación. Con ello, negamos cualquier falta al deber subjetivo y objetivo de cuidado en el desarrollo del acto médico en cuestión.

11. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.

12. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.

Lo que si debemos aclarar categóricamente es que NO ES CIERTO que los actos médicos desarrollados en el NHB hayan sido “alejados de la lex artis”. Esta afirmación deberá probarse por la parte

demandante.

13. No nos consta. Deberá probarse. Como quiera que se trata de una atención en salud de personal ajeno a mí poderdante, nos atenemos a lo demostrado en el curso de la actuación, fundamentalmente a lo consignado en la historia clínica del paciente, que constituye un documento de referencia para garantizar la integralidad del servicio de Salud, habida cuenta que consigna los datos correspondientes al motivo de consulta, análisis del mismo, plan diagnóstico y terapéutico y demás propios de la evolución del paciente, interesantes para el equipo médico del NHB, que prosigue con la atención del paciente AUGUSTO TINOCO Q.E.P.D., como antecedente y guía para orientar la atención a partir de su ingreso. Sin embargo, no nos constan directamente los detalles de la atención por no provenir de hechos y actos atribuibles a la institución hospitalaria que represento.
14. NO ES CIERTO que el fallecimiento del paciente haya ocurrido por causas imputables al personal médico que le atendió o a fallas institucionales de las IPS tratantes. En lo que atañe al NHB, los actos médicos prestados por mi representada lo fueron en el marco de la lex artis ad hoc, uso racional de la capacidad instalada y el concurso de un equipo multidisciplinario que abordó al paciente con pertinencia, oportunidad, integralidad y eficiencia. Todo ello en el marco de las obligaciones que nos impone el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Seguridad del paciente.

9

A través de la lectura de la historia clínica se observa que existe causal exonera de responsabilidad a las demandadas y ésta la constituye el caso fortuito o fuerza mayor, que representó el Síndrome Adherencial Severo causante de la primera injuria y desencadenante de una serie de reintervenciones necesarias para salvar su vida, que aunque ineludibles, contribuyeron a qué el abdomen evolucionara hacia un abdomen hostil o empaquetado, que dificultó de manera importante el resolver las posteriores necesidades quirúrgicas.

Esta sería una línea de tiempo de las cirugías practicadas desde la presentación

de la complicación, luego de lo cual deciden el equipo de cirujanos tratantes, Dr. Cruz y Dr. García, iniciar un sistema de cicatrización denominado Sistema VAC²:

1. POSTQUIRURGICO DE LAVADO PERITONEAL, ENTERORRAFIA, EPIPLOPLASTIA Y COLOCACION SISTEMA VAC (GENADYNE) (13/06/2018)
2. LAPAROTOMIA EXPLORADORA CON DOS DEHISCENCIA DE SUTURA A NIVEL YEYUNAL PROXIMAL MAS NUEVA RAFIA INTESTINAL MAS
3. LIBERACION BRIDAS Y ADHERENCIAS MAS LAVADO PERITONEAL MAS BOLSA DE BOGOTA (11/06/2018)
4. HIPOALBUMINEMIA
5. POSTQUIRURGICO DE CIERRE DE PARED ABDOMINAL (07/06/2018)
6. DEHISCENCIA DE SUTURA INTESTINAL DE YEYUNO PROXIMAL + LAVADO PERITONEAL + LIBERACION DE ADHERENCIAS + RESECCION
7. INTESTINAL CON ANASTOMOSIS TERMINOTERMINAL (05/06/2018)
8. POSTQUIRURGICO DE LIBERACION DE ADHERENCIAS Y ENTERORRAFIA
9. POSTQUIRURGICO DE PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA + LINFADMECTOMIA PELVICA (31/05/2018) (CIRUGIA QUE NO LLEGO A EFECTUARSE)

La remisión al NHB lo fue procurando la disponibilidad de recursos acordes con la evolución clínica del paciente, con el objetivo de cumplir con los principios que acompañan la prestación del servicio público de salud, utilizando los medios disponibles para ello, cual es la referencia y contrarreferencia del paciente en la medida que se ameriten recursos no disponibles por la entidad emisora. En este caso la decisión de traslado se encuentra suficientemente documentada en la historia clínica aportada con la demanda.

10

En cuanto a la evolución del paciente, encontramos un adecuado avance, de acuerdo al tratamiento intrahospitalario y de acuerdo a su condición de ingreso, respondiendo al plan instaurado por los cirujanos Dr. Cruz y Dr. García, quienes utilizaron el sistema VAC (ver pie de página) para facilitar la mejoría de su proceso cicatrizal, considerando al abdomen congelado hallado a su ingreso, cuya mortalidad estadísticamente de alta mortalidad en el adulto mayor.

Así lo describe la Literatura científica³:

“En el anciano la etiología y la presentación son diferentes a las del adulto joven. En

² La terapia de cierre asistido por vacío (VAC) es un sistema no invasivo y dinámico que ayuda a promover la cicatrización mediante la aplicación de presión negativa en el lugar de la herida, favoreciendo la reducción del área de la herida, eliminando el exceso de fluidos y estimulando la angiogénesis. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-sistema-cierre-asistido-por-vacio-S0009739X10000734>

³ OCAMPO CHAPARRO, JOSÉ MAURICIO, GONZÁLEZ HADAD ADOLFO. Abdomen agudo en el anciano. Revista Colombiana de Cirugía [en línea]. 2006, 21(4), 266-282[fecha de Consulta 24 de Julio de 2023]. ISSN: 2011-7582. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355534474002>

consecuencia, el dolor abdominal agudo se debe considerar como un signo de alarma en una persona de edad, así éste sea de menor intensidad o constituya su única manifestación clínica (8). A su vez, las características en la presentación del dolor abdominal en ancianos están relacionadas con el fenómeno de la inmunosenescencia, los cambios fisiológicos normales del envejecimiento, la comorbilidad y la disminución de la reserva funcional, los cuales pueden dificultar el diagnóstico e incrementar la morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Sin embargo, la edad por sí sola no es un factor determinante para el desarrollo de los diferentes desenlaces adversos que puedan ocurrir (9). En consecuencia, un anciano tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el manejo del abdomen agudo (infección de la herida quirúrgica y sepsis), la reagudización de la patología crónica (falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] e insuficiencia renal) o por los riesgos que implican una hospitalización en este tipo de pacientes (caídas, delirium, declinación funcional, incontinencia, úlceras por presión, y/o reacciones adversas medicamentosas). Algunos investigadores han encontrado que los ancianos con esta patología tienen no sólo una mayor necesidad de cirugía de urgencias, ser ingresados a la unidad de cuidado intensivo y requerir ventilación mecánica, sino también de una más prolongada estancia hospitalaria, mortalidad global y quirúrgica, lo cual indiscutiblemente representa un mayor costo para la atención en salud de estas personas (10, 11).

11

Epidemiología

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente en ancianos y representa 10% de las causas de consulta en los servicios médicos de urgencias (12). De los ancianos que consultan a estos servicios, 50% requieren hospitalización y entre 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes, los cuales sólo aproximadamente 16% necesitarán intervención quirúrgica (13). Al ingreso hospitalario cerca de 40% se diagnostica de forma errónea, **su mortalidad global es de 10%, la cual se eleva hasta 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia**. Lo anterior es producto de la patología abdominal de base y de las complicaciones cardíacas y pulmonares subyacentes (14). Adicionalmente, mientras que en los pacientes jóvenes las causas más frecuentes de dolor abdominal son la apendicitis y el dolor abdominal inespecífico, **en los ancianos la mayoría de las series reportan que la patología de la vía biliar, la obstrucción intestinal la diverticulitis y los defectos de pared son los principales responsables de consulta, ...**” resaltados nuestros para enfatizar

Así pues, entendiendo que estadísticamente la mortalidad en condiciones normales es del 20% y en el caso del abdomen congelado hasta del 50% para el adulto mayor, la atención a su condición de salud de dio en aplicación de las guías

internacionales de manejo de su complicación de salud, verificando según su historia clínica, que su evolución se dio la vigilancia estricta de su avance durante la estancia, haciendo concursar los especialistas que fueron necesarios, las adecuaciones terapéuticas de pertinencia a su condición de salud y el monitoreo constante del equipo médico y auxiliar.

NO ES CIERTO lo afirmado por la demandante. Los actos médicos prestados por mi representada lo fueron en el marco de la lex artis ad hoc, uso racional de la capacidad instalada y el concurso de un equipo multidisciplinario que abordó al paciente con pertinencia, oportunidad, integralidad y eficiencia. Todo ello en el marco de las obligaciones que nos impone el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Seguridad del paciente.

El demandante deberá probar los presupuestos que esgrime para soportar sus pretensiones indemnizatorias de cara a las imputaciones que efectúa en este hecho. Cada una soportada en nexo causal del pretendido daño, que como lo hemos sostenido, a nuestro parecer, no es indemnizable, en punto de la ocurrencia de la muerte producto de un proceso causal idiosincrático del paciente, en virtud de su respuesta autoinmune a las circunstancias presentadas en torno a su cirugía, el tratamiento a la complicación y la predisposición a infecciones, conforme a la fragilidad del adulto mayor.

Sirva la imagen ampliada de las notas de enfermería insertas en este hecho para demostrar la celosa vigilancia del personal asistencial del NHB al paciente. Nótese como desde enfermería se describe el delicado estado de salud del señor AUGUSTO TINOCO y que éste además se encontraba acompañado de un familiar que coadyuvaba la labor de vigilancia. Con lo anterior, NO ES CIERTO que el paciente fuera desatendido en la UCI del NHB ni en general de forma alguna.

15. NO NOS CONSTA. Que se pruebe. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de práctica clínica aplicables al caso en particular. Deberá

probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.

16. NO ES CIERTO. El señor AUGUSTO TINOCO fue atendido en el NHB de acuerdo con sus necesidades terapéuticas en todo momento, con monitoreo constante y utilización de los recursos a disposición según su capacidad instalada. En punto de ello nos atenemos a lo que demuestra la historia clínica aportada a la presente actuación.
17. NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de su evolución y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de practica clínicas aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.
18. NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de práctica clínica aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.
19. NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de las mismas a las guías de practica clínicas aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante

los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.

20. NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de práctica clínicas aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.

21. NO NOS CONSTA. Nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de práctica clínicas aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.

En contra de esta prueba documental que se aportó con la contestación y que obra en el expediente, incumbe a la parte demostrar lo que aquí se afirma. Las notas de enfermería cuya imagen se insertó en hecho anterior, no sólo dan cuenta de la vigilancia, sino de la forma como ante la ocurrencia del paro cardio respiratorio, se activó el código azul y se atendió conforme a protocolo universal y Guías de Práctica Clínica aplicables a tal evento.

22. NO nos consta. Deberá probarse.
23. NO ES CIERTO. LITOTRICIA S.A. se encontraba habilitado para la prestación de servicios requeridos por el paciente, conforme se ha acreditado en el expediente.

24. NO ES CIERTO. El NHB se encontraba habilitado para la prestación de servicios requeridos por el paciente, de allí que fue remitido para atención de más alto nivel por parte de la IPS ESTRIOS. Se aporta certificado de habilitación.
25. NOS CONSTA respecto de las demás IPS demandadas. NO ES CIERTO respecto del NHB. Es una afirmación especulativa del libelista como quiera que no concreta cual es la atribución concreta a cada demandada.

Debemos acotar que el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes está regulado por la Ley y reglamentado por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, no un asunto de capricho de las IPS o de las EPS, sino que obedece al cumplimiento de los criterios de calidad implícitos en la atención en salud, cuales son la integralidad, la oportunidad y la disponibilidad de los recursos humanos y físicos requeridos para la atención del paciente, de acuerdo a su evolución y a la red de servicios de su aseguradora.

15

En lo relativo a la atención misional, nos atenemos a lo consignado en la historia clínica del paciente. Este documento privado, sometido a reserva, contiene de manera cronológica y ordenada la atención brindada al paciente, de forma que es un instrumento importante de estudio de la forma como evolucionó el paciente y de las decisiones terapéuticas de los médicos tratantes, así como la adherencia de estas a las guías de práctica clínica aplicables al caso en particular. Deberá probar el demandante los presupuestos que aduce para demostrar que la muerte del paciente es un daño indemnizable.

26. **NO ES UN HECHO.** Se trata de una prueba que será debatida mediante los recursos habilitados por el Código General del Proceso. Según se debatirá en el curso de la audiencia, demostraremos la falta de fiabilidad de las conclusiones del perito Edgardo Miranda, del cual solicitamos su comparecencia a efectos de interrogarlo sobre su experticia.

Del hecho 27 al hecho 37: NO SON HECHOS relacionados con la atención misional de mi poderdante. Deberán probarse como presupuestos necesarios para la demostración del daño y su vocación indemnizatoria.

De igual manera deberá probar el demandante, conforme al artículo 167 del CGP, la imputación jurídica del resultado que reputa dañoso, siendo determinante el nexo causal y la obligación de indemnizar los ítems enumerados.

4. A LOS FUNDAMENTOS DE HECHO Y DE DERECHO PARA LA IMPUTACIÓN EN LA RESPONSABILIDAD MEDICA ADUCIDA POR LA DEMANDANTE

NO EXISTE DAÑO RESARCIBLE NI NEXO CAUSAL, con ocasión de la complicación presentada y el resultado muerte resultado de la tórpida evolución del paciente según su respuesta autoinmune y su predisposición, por encontrarse en la séptima década de vida, a desarrollar procesos infecciosos propios de la fragilidad del adulto mayor.

16

Esta fragilidad ha sido descrita así por la literatura científica⁴:

“En las últimas dos décadas, el número de adultos mayores que requieren un procedimiento quirúrgico se ha incrementado, en comparación con la población general 1. Este fenómeno se relaciona con el aumento de la expectativa de vida y la transición demográfica a nivel mundial.

En Colombia, según el Departamento Nacional de Estadística (DANE), en el año 2010, 6,72 % de la población total correspondía a adultos mayores de 65 años. Igualmente, la esperanza de vida al nacer en 2000-2005, se situaba en 72,6 años y, para el periodo 2015-2020, se espera que alcance los 76,2 años 2.

En este grupo, las complicaciones asociadas a la cirugía y la mortalidad continúan siendo elevadas. Frente al aumento del número de pacientes que requieren cirugía y la morbimortalidad asociada, la decisión quirúrgica involucra un particular análisis para

⁴ http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822014000400004

la predicción del riesgo operatorio. Se han desarrollado varios sistemas para la valoración del riesgo quirúrgico (escalas, puntajes), por ejemplo: los criterios de Lee-Eagle para la cirugía cardíaca; la escala ASA (American Society of Anesthesiologists, que mundialmente es la más aceptada para la predicción del riesgo perioperatorio; diversos sistemas de predicción de morbilidad general, como los puntajes APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) y MODS (Multiple Organ Dysfunction Score), y sistemas de predicción por procedimientos quirúrgicos específicos.

Una desventaja común de la mayoría de las escalas existentes es que carecen de una estimación objetiva de la reserva fisiológica del adulto mayor de 65 años 2. Por este motivo, la valoración del riesgo quirúrgico en el paciente mayor continúa siendo un problema, pues requiere evaluaciones más complejas de orden social, familiar y cultural, así como de pruebas diagnósticas complementarias y un manejo multidisciplinario durante el periodo perioperatorio 3.

Para los sistemas de salud, la atención cada vez mayor y compleja de esta población tiene, a su vez, importantes repercusiones relacionadas con mayores ingresos y reingresos hospitalarios, estancias hospitalarias más prolongadas y mayores costos directos e indirectos 4,5.

En este contexto, el papel de la fragilidad del adulto mayor como factor independiente de la morbilidad y mortalidad posoperatoria, ha adquirido en los últimos años un papel relevante.

La fragilidad se define como un síndrome clínico multidimensional asociado a un estado de mayor vulnerabilidad frente a situaciones de estrés, como resultado de una disminución de la reserva funcional fisiológica de órganos y sistemas, que ocasiona dificultad para mantener la homeostasis 6. Aunque la fragilidad no es exclusiva de los adultos mayores, alcanza en promedio una incidencia cercana al 7 % en los mayores de 65 años 6. Una definición operativa es la presencia de tres o más síntomas, como pérdida no intencional de peso, fatiga, debilidad muscular, marcha lenta y baja actividad física 6.

Sin embargo, en la literatura científica existen diversas escalas de medición de la fragilidad, lo que demuestra incertidumbre frente al término y sus componentes. Aun

así, el aproximarse a determinar la fragilidad es útil, pues proporciona información indispensable para la creación de programas de atención en salud dirigidos al paciente mayor según sus necesidades y porque clínicamente permite estratificar el riesgo que conlleva una determinada intervención o procedimiento, más allá de la influencia directa de las enfermedades concomitantes, la edad o el sexo, analizados de manera aislada 7.

Se han diseñado varias escalas para evaluar la fragilidad del adulto mayor. Las más frecuentemente utilizadas son: la Edmonton Frailty Scale 8, que es una escala diagnóstica para medir diez parámetros asociados a la fragilidad; el fenotipo de fragilidad de Fried 9, utilizado ampliamente por los geriatras y de fácil aplicación en la consulta, que permite evaluar factores como resistencia al esfuerzo, actividad física, lentitud al caminar, debilidad y pérdida de peso; la escala Groningen Frailty Indicator 10, en la que se miden 15 parámetros para evaluar la dimensión física, cognitiva, social y psicológica del individuo; y, el índice modificado de fragilidad (Modified Frailty Index, MFI) 11, que sirve para evaluar 11 variables según los antecedentes o enfermedades concomitantes del paciente, como diabetes mellitus, estado funcional, enfermedad pulmonar, falla cardíaca, infarto agudo de miocardio, intervenciones coronarias, hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, estado de conciencia, antecedente de enfermedad cerebrovascular o presencia de accidentes isquémicos transitorios.

Finalmente, la escala de fragilidad clínica del Canadian Study of Health and Aging (CSHA Clinical Frailty Scale) 12, de uso corriente y fácil aplicación, se compone de siete puntos para clasificar el estado de fragilidad clínica; se usa fácilmente en los servicios de urgencias, debido a que no se compone de fórmulas o resultados de laboratorios que compliquen su interpretación, sino simplemente, de preguntas o aspectos clínicos que permiten determinar rápidamente en qué grado de fragilidad se encuentra el paciente adulto mayor. Su rápida aplicación en el ambiente hospitalario puede aportar información valiosa para la toma de decisiones clínicas o quirúrgicas en el paciente mayor.

En el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, se ha presentado un aumento creciente en los últimos cinco años, en el manejo de adultos mayores con situaciones de urgencia quirúrgica que consultan de forma primaria o que son remitidos de otras instituciones. El grupo de mayores de 65 años con enfermedad quirúrgica abdominal

de urgencia, representa cerca del 15 % de los ingresos hospitalarios. De acuerdo con el perfil demográfico del país, se espera que exista una tendencia creciente en el número de pacientes mayores de 65 años admitidos en el hospital.

Frente a esta realidad, el análisis del contexto social, la valoración del riesgo quirúrgico, el análisis de factores modificables en el contexto clínico, el riguroso análisis de la indicación y los procedimientos quirúrgicos, el manejo multidisciplinario y la asistencia en el domicilio, se convierten en factores relevantes que deben tenerse en cuenta como variables críticas en los adultos mayores. Esta realidad la comparten muchas instituciones de referencia del país. No obstante, los estudios locales son escasos y dan cuenta únicamente de los resultados clínicos en enfermedades específicas de urgencia abdominal, como la colecistitis aguda 13. Sin embargo, estos estudios carecen de información complementaria sobre ciertos factores de orden socioeconómico, el papel de otros factores como la fragilidad y el estado nutricional, como predictores de complicaciones, muerte y readmisión hospitalaria, y el potencial impacto del tipo de procedimiento y la técnica sobre los resultados finales.

19

Este estudio prospectivo fue diseñado para evaluar los factores relacionados con mortalidad, morbilidad y readmisión durante los primeros 30 días del posoperatorio, en una cohorte de adultos mayores admitidos al Departamento de Cirugía del Hospital Universitario San Ignacio, con enfermedad abdominal con indicación de cirugía de urgencia, con miras a determinar áreas de posible intervención y mejoramiento en la atención de esta población. Dentro de este análisis, se pretende evaluar específicamente el papel que juega la fragilidad (según la CSHA Clinical Frailty Scale) en el contexto de los resultados clínicos propuestos.”

Al tiempo que se demuestra con la prueba documental allegada con la demanda, que se cumplió con una adecuada atención en salud, acorde con la racionalidad científica y el uso de medios adecuados y pertinentes bajo el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y según criterio de especialistas tratantes, acorde con los protocolos o guías de manejo según las sociedades científicas.

Los demás presupuestos de derecho que optan por atribuir un deber indemnizatorio ante el resultado muerte deberán ser probados por el demandante.

5. OPOSICIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Exige el artículo 206 del CGP, que el demandante efectúe una estimación razonada de la cuantía, haciendo un ejercicio de justificación de los valores que atesora como valor indemnizatorio.

En el caso en comento, no obstante, se ocupa la demandante de fincar el origen de sus pretensiones en extra patrimoniales, como morales, lo cierto es que no indica concretamente de qué forma se han causado tales daños y mucho menos de dónde saca las sumas que indica como justas.

El legislador impera que quien pretende un reconocimiento indemnizatorio, facilite a quien se demanda en el ejercicio de su derecho de defensa y contradicción, estableciendo bajo conceptos de razonabilidad, ponderación y objetividad, de donde provienen los valores pretendidos. No se trata entonces de una determinación arbitraria y subjetiva, sino de una estimación concreta en relación con los daños que se alegan, de cara al desarrollo probatorio luego de fijada la Litis.

Echando de menos este requisito ineludible dentro de la demanda incoada, le solicito atentamente al Despacho, que proceda a dar el trámite de ley a la presente objeción.

Si bien del libelo se pretende la indemnización de perjuicios materiales y morales, derivados del lamentable fallecimiento del señor **AUGUSTO TINOCO** a su núcleo familiar, lo cierto es que el demandante no desarrolla de donde salen tales guarismos, por el contrario, se limita a enunciarlos sin indicar concretamente en que se materializan tales perjuicios, ni materialmente tomando en cuenta la filiación de los demandantes, la mayor o menor afectación a la rutina familiar, la edad del fallecido, entre otros. Estos predicados demuestran que tal estimación no está aterrizada a la realidad familiar y financiera de los demandantes.

Lo mismo ha de indicarse de la estimación financiera del lucro cesante consolidado y futuro, como quiera que no se acredita la actividad financiera del fallecido, tratándose de un abogado en ejercicio, según los hechos, por lo cual sus ingresos

atienden a diversas variables que se alejan del posible cálculo que se efectúa cual si fuere un empleado vinculado con contrato de trabajo fijo e indefinido, del cual pudiesen derivarse expectativas valorables. En este caso las variables financieras propias de los profesionales independientes impiden que dicho cálculo sea un cálculo real. Deberá indicarse específicamente de donde se derivaban tales actividades y probarlas a efectos de hacerlas base actuarial de las formulas utilizadas.

En cuanto a la imputación jurídica del resultado dañoso, dirigido a los demandantes, tan poco es desglosado por el abogado demandante, ya que debe estar razonadamente tasado como lo exige la norma y su desarrollo jurisprudencial, aspecto del que adolece esta demanda, en tal sentido, NOS OPONEMOS a tal condena, dado que tal como lo demuestra la historia clínica la atención medica del paciente imputable a mi representada, finalizó con la remisión a la IPS NHB. Sin embargo, el análisis de causalidad es extendido desde la pertinencia de la cirugía hasta la atención en UCI del NHB, sin ocuparse de distinguir donde estuvo la falla del servicio que produjo el resultado muerte del paciente. Ello le incumbe como un presupuesto necesario de prueba y de soporte fáctico de sus pretensiones, lo que observamos no está debidamente argumentado por la demandante.

21

Los demás perjuicios deberán probarse, atendiendo a que el señor AUGUSTO TINOCO, hacia parte de un núcleo familiar sin personas dependientes económicamente de él, con capacidad para sufragar los gastos que en solidaridad familiar corresponden ante la calamidad de salud del esposo y padre. Tal circunstancia deberá probarse conforme al artículo 167 del CGP.

6. EXCEPCIONES DE FONDO:

1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RESARCIR-CUMPLIMIENTO DEL DEBER EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y PROTOCOLOS DE MANEJO CLÍNICO.

Los hechos expuestos dentro de la demanda muestran en sí mismos el cumplimiento de la obligación de mi representada, no hubo mala práctica en la atención al señor AUGUSTO TINOCO. Su atención se ciñó a lo estipulado por el

art. 185 de la ley 100/93: *“son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.*

Las instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema”

Se observa en este caso, que no existió una mala práctica médica o una mala atención, por el contrario, el personal médico de la IPS LITOTRICIA S.A., actuó de manera oportuna, diligente y con ajuste a la guía de práctica clínica aplicable.

Corresponde a las IPS, en virtud del artículo 185 de la Ley 100/93, lo siguiente:

“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.”

De acuerdo a ello, se exigen ciertos parámetros bajo la actual forma de imputación, propuesta por la Honorable Sala de Casación Civil de la CSJ, que propone distinguir de los actos que implican una responsabilidad individual del médico, de aquellos atribuibles a título institucional. Esto ha dicho en providencia reciente⁵:

⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACIÓN CIVIL. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ.

“3.3. El juicio de reproche culpabilísimo.

En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (imputatio facti), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo que la ley exige (imputatio iuris). También en materia de culpabilidad, el dolo y la culpa se imputan a partir de un marco de sentido jurídico que valora la conducta concreta del agente, pero no se “constatan” mediante pruebas directas.

La culpa de la responsabilidad extracontractual no es un objeto de la naturaleza ni una vivencia subjetiva que pueda ser percibida o sentida, sino que surge de una situación concreta que es valorada a partir de sus posibilidades de realización (como capacidad, potencia o previsibilidad): el reproche civil no radica en haber actuado mal sino en no actuar conforme al estándar de prudencia exigible, habiendo tenido la posibilidad de hacerlo. «La culpa civil –explica BARROS BOURIE– es esencialmente un juicio de ilicitud acerca de la conducta y no respecto de un estado de ánimo. (...) el juicio de disvalor no recae en el sujeto sino en su conducta, de modo que son irrelevantes las peculiaridades subjetivas del agente». (Tratado de responsabilidad extracontractual. Santiago de Chile, 2009. p. 78)

Esta culpa se diferencia sustancialmente de la culpa subjetiva, autónoma o espiritualizada acuñada por la filosofía moderna y que sigue las máximas internas de la moral; pues en materia de responsabilidad extracontractual la conexión psíquica o componente anímico del sujeto con lo obrado resulta irrelevante.

El fundamento de la culpabilidad civil no reside ni puede residir en la doctrina del libre albedrío que presupone suprema autonomía o plena conciencia para determinarse según la regla moral que el hombre se dicta a

sí mismo. En la responsabilidad civil, ser libre significa tener capacidad de adoptar pautas de acción, es decir contar con la potencialidad para emplear reglas objetivas de comportamiento que obligan a quien las incumple o desconoce.

*Desde luego que la atribución de responsabilidad civil presupone un destinatario libre, pero esa libertad no es concebida como voluntariedad, representatividad o conciencia de la ilicitud, sino simplemente como **posibilidad de elección entre varias opciones según unas reglas de conducta social institucionalizada, independientemente del grado de conciencia que el agente tiene sobre las consecuencias jurídicas que podría acarrear el quebranto de tales reglas.***” Resaltados nuestros para enfatizar

En el caso en comento, se cumplieron los deberes jurídicos de prestación organizacional en la prestación del servicio de salud, teniendo a disposición del paciente, todo lo necesario para el cumplimiento integral del tratamiento, desde el talento humano, pasando por las guías de atención, finalizando con los medios técnicos, tecnológicos y de infraestructura, tal como lo evidencia la historia clínica aportada.

El resultado de la evolución de la paciente es un aspecto inherente a su persona, imprevisible para los médicos tratantes y aún menos para la entidad hospitalaria, que sólo responden ante los riesgos previstos, tratándose en este caso de una responsabilidad de medio, no de resultado. Pero mayormente el uso de recursos disponibles para la práctica médica, estuvieron siempre a la mano del personal médico tratante, quienes eligieron su uso de acuerdo con su criterio científico de tratamiento.

Con esta conclusión, solicito se declare probada la excepción anotada, desestimando las pretensiones de la demandante.

2. CASO FORTUITO

En el caso bajo examen, siguiendo el concepto desglosado en la excepción anterior, observamos que los riesgos inherentes a las patologías que obligan a las personas

a consultar el sistema sanitario no obedecen a una regla determinada, sino que tendrán ocurrencia, tomando en cuenta las condiciones propias del paciente y las reacciones imprevisibles e inevitables, caso en los cuales solo puede hacerse frente a las complicaciones para cesar los efectos o disminuirlos según sea el caso.

Al respecto, nos permitimos traer a colación la Sentencia 1999-08667 de noviembre 26 de 2010, emanada de la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. Ref.: Expediente 11001 3103 013 1999 08667 01. Magistrado Ponente. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena.

*“2.1. Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico y, en este caso, al anesthesiólogo, 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, verbi gratia, 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.**”*

Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos

fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas —alérgicas, tóxicas, idiosincrásicas, etc.—, que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica médica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

*Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasione 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 concurrido culposamente en su producción o agravamiento. **De ahí que la doctrina suela concluir que la llamada “iatrogenia inculpable”, noción que también involucra los métodos terapéuticos y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.***

Otro tanto ha de decirse respecto del riesgo anestésico, entendido como la probabilidad de pérdida o daño derivada del obrar del anesthesiólogo y que comprende los accidentes, complicaciones o secuelas asociadas con el del acto anestésico que sean imprevisibles e inevitables. 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 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**” Resaltados nuestros.*

Desde el ingreso de la paciente a la institución, se asignó un especialista institucional en urología oncológica que inició un esquema de ayudas diagnósticas para estadificar el cáncer de próstata y definir la conducta que a partir de dicha información debía asumirse por el personal especializado. La decisión terapéutica por cirugía programada fue tomada en conjunto con el paciente a quien le fueron explicados los riesgos asociados a la intervención, algunos provenientes de la

propia entidad y otros derivados de las posibles complicaciones de la técnica quirúrgica.

Con lo anterior, las secuelas de la complicación no pueden ser imputadas por acción u omisión del cuerpo médico a título de daño resarcible, de allí que frente a la presentación de las complicaciones posibles, lo procedente es la aplicación de los protocolos que superen dicha complicación, sin que con ello se espere algo distinto que el uso racional de los medios disponibles para la vigilancia de la evolución del paciente, bajo el entendido que la responsabilidad asistencial no va más allá del riesgo permitido al ser una actividad de medios, no de resultados. Con lo anterior, el síndrome adherencial que constituyó la causa desencadenante de la complicación, fue un evento inesperado y su existencia un hallazgo incidental a la cirugía pertinentemente ordenada.

La condición encontrada en el paciente, síndrome severo adherencial a nivel de abdomen congelado o catastrófico, corresponden a entidades propias del paciente, con mayor compromiso sistémico en el adulto mayor. No es evitable ni resistible, solo se pueden ofrecer medidas terapéuticas de soporte, que brinden una oportunidad de respuesta adecuada al paciente desde su idiosincrasia, pero que solo serán un medio, no un fin. Lo acontecido nace de un riesgo previsto y debidamente informado. Entendido y aceptado por el paciente dentro de las posibilidades fenomenológicas posibles, no evitables pero previsibles dentro de este tipo de intervenciones, cuya tasa de mortalidad es muy alta.

Con lo anterior, formulamos la excepción perentoria de caso fortuito, con lo cual deberán desestimarse las pretensiones de la demandante.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL

Los hechos expuestos dentro de la demanda se concretan en la supuesta mala atención, sin que se cumplieran realmente el objetivo de la misma; como repetidamente lo venimos sosteniendo, en el desarrollo de esta contestación, es absolutamente palmario que la demanda ha tenido su origen en la mala interpretación de la disciplina médica por parte del togado demandante. Bajo su criterio, soportado en un erróneo dictamen pericial, la muerte proviene de la deficiente prestación del servicio y no de una causa mayor propia a su condición

personal y predisponente a la pobre respuesta autoinmune desarrollada por condiciones clínicas personales del paciente, tales como capacidad de reacción a las infecciones, potencializada por pertenecer a la séptima década de vida, que lo hace propenso a la fragilidad del adulto mayor, que en ocasiones no responde a los distintos esquemas antibióticos con los que cuenta la ciencia médica.

Es decir, en el caso en particular, la atención recibida era pertinente, acorde con las guías y protocolos de manejo del paciente con abdomen congelado, posterior a una complicación intestinal mientras se intentaba resolver el Cáncer prostático detectado, resaltando que tuvo a su disposición TODOS los medios necesarios para su adecuada atención, se optó por el plan de tratamiento trazado, cumpliéndose desde su ingreso, todas las consultas y ayudas diagnósticas, necesarias para su intervención. Previa advertencia de los riesgos inherentes en el contexto de una urgencia vital, acorde con la entidad que lo aquejaba y a la técnica quirúrgica, los cuales fueron aceptados por el paciente y sus familiares, tal como quedó registrado en la historia clínica y los consentimientos informados que se anexaron en el archivo digital correspondiente a notas de enfermería.

28

En tal caso, bajo las teorías modernas de imputación, no es de recibo involucrar la acción operacional, dentro de las causas imputables al daño reclamado por el demandante, fundamentalmente las necesidades misionales se cumplieron por el NHB, poniendo a disposición del paciente la resolución inmediata de la complicación como URGENCIA VITAL, la vigilancia estricta de su evolución, la remisión oportuna al servicio de cuidado crítico y la configuración de un equipo multidisciplinario para su atención.. De ello da cuenta la historia clínica, echando al traste con la supuesta inoportunidad e inatención a las que se refiere el dictamen pericial.

Así lo ha expresado la Corte Suprema de Justicia, en jurisprudencia pacífica:

*“Es más, ni siquiera en todos los casos es exigible la falta de cuidado atribuible a una persona natural determinada, **porque lo que realmente interesa para efectos de endilgar responsabilidad directa al ente colectivo es que el perjuicio se origine en los procesos y mecanismos organizacionales constitutivos de la culpa in operando, es decir que la lesión a un bien***

jurídico ajeno se produzca como resultado del despliegue de los procesos empresariales y que éstos sean jurídicamente reprochables por infringir los deberes objetivos de cuidado; lo cual no sólo se da en seguimiento de las políticas, objetivos, misiones o visiones organizacionales, o en acatamiento de las instrucciones impartidas por los superiores.”⁶

Es decir, ni mi poderdante como persona jurídica ni el equipo médico especializado, asistencial y auxiliar a cargo de la atención, contribuyeron al resultado muerte, el cual se demanda como causa del daño, por lo cual no es de recibo hacer tal imputación jurídica y por lo tanto exige una sentencia absolutoria y la condigna condena en costas para los actores, al no existir un reproche serio de la atención sanitaria prestada.

En consecuencia, rogamos dar por probada esta excepción.

29

7. **PRUEBAS:** Las aportadas con la contestación de la demanda, cuales son:

1. **DOCUMENTALES:**

- a. Historia Clínica de la atención relacionada en la IPS NHB.
- b. Literatura científica citada en el cuerpo de esta contestación.
- c. Certificado de habilitación para la época de los hechos

2. **TESTIMONIALES:** Sírvase señor Juez decretar los testimonios de las siguientes personas, quienes depondrán cuanto sepan y les conste de los hechos de la demanda.

- a. **Dr. CARLOS CRUZ, cirujano general tratante**, a fin de que rinda testimonio sobre su plan terapéutico relacionado con los hechos y al tiempo exprese su concepto técnico que de conformidad con su amplia experiencia pueda aportar para orientar el análisis de problema jurídico

⁶ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACIÓN CIVIL. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ Magistrado Ponente C13925-2016 radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01 ogotá D.C., treinta de septiembre de dos mil dieciséis

planteado. Puede ser citado por mi intermedio al correo electrónico imgabogada@gmail.com

b. **GUSTAVO ADOLFO GARCÍA FERNÁNDEZ, cirujano general tratante**, a fin de que rinda testimonio sobre su plan terapéutico relacionado con los hechos y al tiempo exprese su concepto técnico que de conformidad con su amplia experiencia pueda aportar para orientar el análisis de problema jurídico planteado. Puede ser citado por mi intermedio al correo electrónico imgabogada@gmail.com

c. **JUAN MANUEL BENEDETTI SARASTI, especialista en anestesiología**, a fin de que deponga sobre su diagnóstico, plan terapéutico y todo aquello que pueda aportar en su calidad especialista, desde el aspecto médico científico relacionado con los hechos de la demanda. Puede ser citado por mi intermedio al correo electrónico imgabogada@gmail.com

30

d. **PEDRO LUIS IMBETH ACOSTA**, especialista en gastroenterología, médico tratante en la unidad de cuidados intermedios de la IPS Estrios, a fin que deponga sobre su diagnóstico, plan terapéutico y todo aquello que pueda aportar en su calidad especialista, desde el aspecto médico científico. Puede ser citado por mi intermedio al correo electrónico imgabogada@gmail.com

8. INTERROGATORIO DE PARTES

Sírvase señor juez decretar el interrogatorio de los demandantes, a fin de depongan sobre los presupuestos de hecho de la demanda, podrán notificarse en las direcciones electrónicas indicadas en el líbello.

9. OPOSICIÓN A LAS PRUEBAS PERICIALES

De conformidad a la forma de oposición al dictamen pericial prevista en el artículo 228 del código general del proceso, rogamos al Sr. Juez hacer comparecer los peritos, Dr. **EDGARDO MIRANDA** y Dra. **SUMAYA PALOMINO AMADOR**

PSICÓLOGA CLÍNICA COMPORTAMENTAL – COGNOSCITIVA, a fin de interrogarlos sobre su experticia y conclusiones expresadas en los documentos radicados con la demanda. Puede notificarse a través del demandante según el dato consignado en el acápite de notificaciones.

De Usted atentamente,



IVETTE MARTÍNEZ GÁLVEZ
C.C. 45.492.629 de Cartagena
T.P. Nª 79540 del C.S. de la J.