

Juzgado 02 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.

De: Ana María De Brigard Pérez <presidencia@amdebrigard.com>
Enviado el: viernes, 2 de septiembre de 2022 4:52 p. m.
Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C.; Andres Castro Garcia; Secretaria General y juridica; notificacionesjudiciales@allianz.co; adrianagarcia@amdebrigard.com; joe_iuris84@hotmail.com
Asunto: Radicación No. 11001310300220190026300 - Asunto: Contestación de la demanda – Hospital Universitario San Ignacio
Datos adjuntos: Contestación demanda - Verbal Héctor Lizarazo y otros - HUSI.pdf

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BOGOTÁ
E. S. D.

Ref: Proceso verbal de responsabilidad civil.

Demandantes: Héctor Lizarazo Jiménez

Héctor Andrés Morales Lizarazo

Héctor Javier Lizarazo Jiménez

Isabella Morales Villarraga

Luz Dary Lizarazo Jiménez

Luz Yasmín Lizarazo Jiménez

Paula Valentina Lizarazo García

Samuel Enrique Cárdenas Lizarazo

Demandados: Hospital Universitario San Ignacio

Cindy Andrea Díaz Becerra

José Fernando Parra Córdoba

Famisanar EPS.

Radicación No. 2019 - 263

Asunto: Contestación de la demanda – Hospital Universitario San Ignacio

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.699.955 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 44.980 del Consejo Superior de la Judicatura, según poder especial remitido al Despacho el pasado 29 de agosto de 2022, obrante en la entrada 002 del expediente digital, del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** procedo a dar respuesta a la demanda de la referencia, en los términos ampliamente expuestos en el documento anexo.

Por el tamaño de los anexos me veo obligada a remitir la contestación a la demanda (1PDF) sola, en otro archivo sus anexos y en otro el llamamiento en garantía y anexos.

Procedo, entonces, con la contestación.

I. CONTESTACIÓN DEMANDA (1 PDF)

Se acompañan a la contestación las siguientes pruebas documentales:

- 1.1 Copia completa de la historia clínica completa de la paciente Marina Jiménez Rozo. (1 archivo comprimido)
- 1.2 Videos de seguridad. (1 archivo comprimido con 13 videos de seguridad)
- 1.3 Carta expedida por Colviseg CVS respecto de la autenticidad de los videos aportados. (1 archivo PDF)
- 1.4 Comunicaciones con aviso de vulnerabilidad funcional remitidas a la Secretaría Distrital de Salud para la fecha de los hechos. (1 archivo PDF)
- 1.5 Derecho de petición radicado ante el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por medio del cual se solicitó copia completa de la necropsia No. 2017010111001001864 realizada con ocasión del fallecimiento de la señora Marina Jiménez Rozo, junto con la respuesta dada por la entidad señalando que son documentos sometidos a reserva. (1 archivo PDF)

- 1.6 Respuesta entregada por la Fiscalía 11 Seccional Unidad de Delitos contra la Vida e Integridad Personal en la que informan que no es posible entregar el informe final de dicho documento y que la información debe ser solicitada directamente por el Juzgado. (1 archivo PDF)
- 1.7 Registro de ocupación de camas en urgencias. (1 archivo PDF)
- 1.8 Análisis realizado por el Dr. Jorge Luis Rodríguez Sarmiento, director del servicio de Patología del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**. (1 archivo PDF)
- 1.9 Análisis realizado por la Dra. Alejandra Cañas Arboleda, directora del Departamento de Medicina Interna del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**. (1 archivo PDF)
- 1.10 Análisis realizado por la Dra. Sandra Liliana Valderrama Beltrán, jefe de la Unidad de Infectología del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, respecto de la atención brindada desde el punto de vista de su especialidad. (1 archivo PDF)
- 1.11 Protocolo de aislamientos hospitalarios aplicable para el momento de los hechos. (1 archivo PDF)

Agradecemos al Despacho y a los restantes sujetos procesales actualizar su base de datos debido a que el único canal digital oficial registrado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO para efecto de notificaciones es secretariageneraljuridica@husi.org.co

El uso de cualquier dirección electrónica de un funcionario o de una dependencia, no tendrá validez ni comprometerá a la institución.

Atentamente.



Ana María De Brigard Pérez
Presidenta

Carrera 4 B # 59-47
Teléfonos (+57 1) 2486162/63
Bogotá - Colombia

www.amdebrigard.com



SEÑORES
JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD DE BOGOTÁ
E. S. D.

REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL.
DEMANDANTES: HÉCTOR LIZARAZO JIMÉNEZ
HÉCTOR ANDRÉS MORALES LIZARAZO
HÉCTOR JAVIER LIZARAZO JIMÉNEZ
ISABELLA MORALES VILLARRAGA
LUZ DARY LIZARAZO JIMÉNEZ
LUZ YASMÍN LIZARAZO JIMÉNEZ
PAULA VALENTINA LIZARAZO GARCÍA
SAMUEL ENRIQUE CÁRDENAS LIZARAZO
DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
CINDY ANDREA DÍAZ BECERRA
JOSÉ FERNANDO PARRA CÓRDOBA
FAMISANAR EPS.
RADICACIÓN NO. 11001310300220190026300
ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA – HOSPITAL
UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ, mayor de edad, vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 51.699.955 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 44.980 del Consejo Superior de la Judicatura, según poder especial remitido al Despacho el pasado 29 de agosto de 2022, obrante en la entrada 002 del expediente digital, del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, entidad de derecho privado, sin ánimo de lucro, con personería jurídica reconocida mediante Resolución No. 81 de 1942, con N.I.T. 860.015.536-1, representada por el doctor **JULIO CÉSAR CASTELLANOS RAMÍREZ**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.351.105 de Mosquera, en su condición de Director General, por medio del presente escrito y dentro de la oportunidad legal respectiva, me permito dar respuesta a la demanda verbal de responsabilidad civil médica instaurada por Héctor Lizarazo Jiménez y otros contra el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** y otros, en los siguientes términos:

OPORTUNIDAD PARA LA CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Como consta a folios 144 y siguientes del cuaderno 1 del expediente digital (folio 144 físico) el demandante únicamente ha remitido al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** el citatorio para notificación personal, de que trata el artículo 291 del Código General del Proceso, sin que se haya surtido a la fecha la diligencia de notificación personal de la demanda.

CERTIFICA

Que el día 2019-11-18 esta oficina recepcionó y despacho un sobre que dice contener notificación con la siguiente información:

REMITENTE	Nombre: JUZGADO 2 CIVIL DEL CTO. DE BOGOTA
	Contacto:
	Dirección: CALLE 12 CRA 9A PISO 6 110321 - BOGOTA - BOGOTA
	Teléfono:
DESTINATARIO	Nombre: FAMISANAR E.P.S.
	Contacto:
	Dirección: CALLE 78 # 13 A - 07 - 110221 - 110221 - BOGOTA - BOGOTA
	Teléfono:
DATOS NOTIFICACIÓN	Juzgado: JUZGADO 2 CIVIL DEL CTO. DE BOGOTA CUNDINAMARCA
	Demandante: HECTOR LIZARAZO Y OTROS
	Radicado: 2019-0263 [Tipo notificación: 291 - Notificación 291]
	Proceso: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL Fecha de Auto:
	Demandado: FAMISANAR E.P.S.
	Notificado: FAMISANAR E.P.S.
Observaciones: CITACION ART 291 CGP	

La correspondencia se pudo entregar: Si

Teniendo en cuenta que el expediente se encuentra al despacho desde el 8 de abril de 2022, aportamos el poder especial el pasado 29 de agosto, con el fin de obtener acceso al expediente digital, pues mi mandante desconocía los términos de la demanda, de su subsanación y de las actuaciones procesales surtidas hasta el momento.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 301 del Código General del Proceso “*Quien constituya apoderado judicial se entenderá notificado por conducta concluyente de todas las providencias que se hayan dictado en el respectivo proceso, inclusive del auto admisorio de la demanda o mandamiento ejecutivo, el día en que se notifique el auto que le reconoce personería, a menos que la notificación se haya surtido con anterioridad. Cuando se hubiese reconocido personería antes de admitirse la demanda o de librarse el mandamiento ejecutivo, la parte será notificada por estado de tales providencias.*”

Aun cuando no se ha proferido el auto que nos reconoce personería para actuar, desde el mismo 29 de agosto tuvimos acceso al expediente digital, de manera que - para evitar cualquier inconveniente con el cálculo del término en que debería mi mandante ejercer sus derechos - nos anticipamos y procedemos a contestar.

A LOS HECHOS

Al marcado con el No. 1: Por tratarse de múltiples eventos, agrupados en un solo hecho, se hace necesario desagregarlos y pronunciarnos separadamente sobre cada uno de ellos.

NO ME CONSTA, la cita médica en la “*EPS de Cafam de Kennedy*” a la que se afirma asistió la señora Marina Jiménez Rozo el día 7 de junio de 2017, por cuanto no es un hecho de mi representado. Me atengo a lo que se encuentre demostrado dentro del proceso.

En lo que hace referencia a la consulta al servicio de urgencias, si bien **NO ME CONSTAN** las supuestas conversaciones y mensajes de texto por celular entre la señora Marina Jiménez Rozo y su hija, por ser hecho ajenos a mi mandante, **NO ES CIERTO** lo que se afirma en la demanda, como se pasa a explicar a continuación.

Tal como consta en la historia clínica, la señora Marina Jiménez Rozo, de 64 años de edad, ingresó al servicio de urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, el día 7 de junio de 2017 a las 12:42 horas, refiriendo como motivo de consulta lo siguiente:

"me caí el sábado de mi propia altura, fui al médico y me formularon unos exámenes para que me los tomen acá, y estoy con vómito amarillo".

Con base en los hallazgos obtenidos del examen físico e interrogatorios preliminares (necesarios para clasificar el tipo de urgencia), la señora Jiménez Rozo fue clasificada como un Triage 3 (escala de 1 a 5, siendo uno una urgencia vital cuya resolución debe ser inmediata porque la vida del paciente está severamente comprometida y 5 una urgencia que puede diferirse -incluso a la consulta externa- dado que no hay un compromiso vital de por medio).

Conforme los tiempos de espera propios de la complejidad del servicios de urgencias del Hospital y el volumen de pacientes que a él consultan y la prelación de las urgencias vitales (que no eran el caso de la señora Jiménez Rozo), fue valorada a las 14:55 horas por el médico del servicio de urgencias, quien consignó en la enfermedad actual lo siguiente:

"PACIENTE DE 64 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN TINTE ICTÉRICO GENERALIZADO ASOCIADO A NÁUSEAS Y EMESIS DE CONTENIDO BILIAR, NIEGA COLURIA, NIEGA ACOLIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA FIEBRE, NO AUTOMEDICACIÓN".

Con base en los hallazgos del examen físico y la formación y experiencia del médico puerta de entrada, se planteó como impresión diagnóstica "SD (síndrome) ICTÉRICO A ESTUDIO, SD (síndrome) BILIAR OBSTRUCTIVO A DESCARTAR, DESHIDRATACIÓN GRADO II, ALTERACIÓN HIDROELECTROLÍTICA A DESCARTAR" y, conforme lo indican las guías de práctica clínica, se solicitaron los exámenes pertinentes para confirmar o descartar los diagnósticos de impresión planteados, a saber: perfil hepático, hemograma, electrolitos, función renal, ecografía hepatobiliar y se ordenó una posterior revaloración con los resultados de dichos estudios, en total consonancia con los dictados de la ciencia médica aplicable al momento de los hechos.

De acuerdo con lo ordenado por el galeno, se realizaron los exámenes paraclínicos pertinentes, los cuales evidenciaron el perfil de bilirrubinas elevadas, una función renal conservada, electrolitos normales, hemograma con leucocitosis, trombocitopenia y anemia. Adicionalmente, la ecografía de abdomen superior solicitada se reportó dentro de límites normales.

La señora Marina Jiménez Rozo fue valorada nuevamente por el profesional del servicio de urgencias a las 19:57 horas, quien procedió a analizar todos los resultados de los exámenes practicados previamente y con base en ello consignó en la historia clínica lo siguiente:

PACIENTE DE 64 AÑOS QUIEN CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN TINTE ICTÉRICO GENERALIZADO ASOCIADO A NAUSEAS Y EMESIS DE CONTENIDO BILIAR, NIEGA COLURIA, NIEGA ACOLIA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA FIEBRE, NO AUTOMEDICACIÓN, AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE CON MUCOSA ORAL SECA, AFEBRIL, TAQUICÁRDICA, CIFRAS TENSIONALES ESTABLES, ICTERICIA GENERALIZADA, ABDOMEN BLANDO LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN ABDOMINAL EN HIPOCONDRIO DERECHO, MURPHY NEGATIVO, REVALORO PACIENTE CON REPORTE DE HEMOGRAMA ENCONTRANDO ANEMIA DE CARACTERÍSTICA MACROCÍTICAS E HIPERCROMICA TROMBOCITOPENIA SIN EMBARGO SIN SIGNOS DE SANGRADO MACROSCÓPICO PERFIL HEPÁTICO CON IMPORTANTE HIPERBILIRRUBINEMIA A EXPENSAS DE LA INDIRECTA ELECTROLITOS SIN ALTERACIONES, FUNCIÓN RENAL NORMAL, ECOGRAFÍA ABDOMEN SUPERIOR SIN ALTERACIONES EN VESÍCULA BILIAR O BAZO, DE MOMENTO DADA SINTOMATOLOGÍA DE PACIENTE

Y ALTERACIONES DESCRITAS SE CONSIDERA QUE SE BENEFICIA DE VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA SE EXPLICA A PACIENTE ENTIENDE Y ACEPTA.

Con base en lo expuesto, es evidente que a la paciente Marina Jiménez Rozo, a pocas horas de su ingreso al servicio de urgencias, ya se le habían realizados varias valoraciones clínicas, practicado exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas tendientes a esclarecer la etiología de la sintomatología que la había llevado a consultar, estaba recibiendo la reposición de líquidos requerida (por el cuadro de deshidratación con el que ingresó), y se había solicitado la interconsulta por el servicio de medicina interna, como parte del manejo médico integral requerido, siendo una atención oportuna, racional, pertinente y ajustada a los **dictados** de la ciencia médica aplicables al momento de los hechos.

Al marcado con el No. 2: Si bien **NO ME CONSTAN** las presuntas visitas que recibió la paciente ni las presuntas conversaciones sostenidas “*con el doctor de turno*”, pues se trata de afirmaciones indeterminadas imposibles de confirmar o descartar, si puedo responder que **NO ES CIERTO** lo que se afirma en este hecho, con base en la realidad documental que se aporta.

Como consta en los registros clínicos correspondientes, la paciente Jiménez Rozo se encontraba en observación en el servicio de urgencias, en donde se prestó un monitoreo y seguimiento continuo acorde con su estado de salud, brindándose una atención en total consonancia con la *lex artis ad hoc*.

A los marcados con los Nos. 3 y 4: **NO ES CIERTO COMO SE PLANTEAN**, pues en estos hechos se transcribe de manera incompleta la respuesta a la interconsulta solicitada al servicio de medicina interna el 7 de junio de 2017.

En efecto, para mayor claridad del Despacho, procederemos a realizar un breve recuento de la atención brindada por la especialidad en comento.

De acuerdo con la historia clínica, y cumpliendo con la interconsulta solicitada por el profesional del servicio de urgencias, la paciente Marina Jiménez Rozo fue valorada por el médico internista a las 22:58 horas del 7 de junio de 2017, es decir el mismo día de su ingreso.

Dentro de la enfermedad actual se consignó por el especialista lo siguiente: “*Paciente de 64 años con cuadro de 3 días de evolución de ictericia escleral y coluria, deposición normal, no fiebre, no dolor abdominal (no refiere cólico biliar), emesis 1 episodios contenido alimentario, no síntomas adicionales. Se inician estudios evidencia anemia macrocítica, con hiperbilirrubinemia a expensas de indirecta y LDH elevada.*”

Es fundamental señalar que la paciente expresamente negó síntomas asociados a una falla cardíaca tales como ortopnea o disnea paroxística nocturna, refiriendo clase funcional II/IV.

Con base en lo anterior, el especialista en medicina interna, luego de realizar un completo examen físico y analizar los resultados de los exámenes previamente practicados en el servicio de urgencias consignó en su evolución clínica lo siguiente:

Paciente con cuadro clínico descrito, al examen físico hemodinámicamente estable, afebril, sin dificultad respiratoria, escleras ictéricas, no bajo gasto ni hipoperfusión tisular, no megalias en abdomen.

Paraclínicos con hiperbilirrubinemia a expensas de indirecta, LDH elevada, anemia macrocítica y trombocitopenia, ecografía abdominal sin megalias. Dado lo previo y cuadro clínico descrito consideramos como primera posibilidad anemia hemolítica a descartar autoinmune Vs Microangiopatía trombótica. Se inician estudios, ss reticulocitos, coombs directo, extendido sangre periférica, haptoglobina y uroanálisis como marcador de hemoglobinuria que sugiere hemolisis intravascular, hepatotropos y HIV, VDRL, PTT PTT, Fibrinógeno y dímero D, adicionalmente como parte de estudio anticardiolipinas B2 glicoproteína en contexto no se descarta SAF catastrófico. Se inicia desparasitación con ivermectina 1 gota por kg dos dosis (mipres 20170607120001314550), no tromboprolaxis dada trombocitopenia, LR 1 cc kg.

Se determinarán conductas adicionales, de evidenciar esquistocitos se considerará valoración por Nefrología para inicio de terapia de reemplazo plasmático. Por ahora estable hemodinámicamente, seguimiento estricto de signos vitales.

Se deja orden de hemograma, función hepática y electrolitos - azoados mañana 5 am.

Se explica

Es claro que, en ese momento, de acuerdo con los resultados de los exámenes realizados, era pertinente considerar como diagnóstico de impresión “anemia hemolítica vs microangiopatía trombótica”, razón por la cual fueron solicitados múltiples exámenes especializados para poder descartar o confirmar las sospechas diagnósticas planteadas.

El recuento fáctico realizado de manera precedente da cuenta de la atención oportuna, permanente y especializada que se brindó a la paciente Jiménez Rozo, solicitando todos los exámenes especializados complementarios indicados por la ciencia médica, para determinar la etiología de su sintomatología, en total consonancia con la *lex artis ad hoc*, sin descuidarla o inatenderla.

Al marcado con el No. 5: NO ES CIERTO. Si bien no me constan las presuntas conversaciones de la paciente con sus familiares, ni es posible establecer su veracidad ni exactitud, la historia clínica da cuenta de la atención adecuada y acorde con la *lex artis ad hoc* que le fue prestada a la señora Marina Jiménez Rozo.

En efecto, en consonancia con las órdenes previamente impartidas, se procedieron a realizar los múltiples exámenes especializados ordenados por el internista interconsultado, varios de los cuales requieren varias horas de procesamiento.

Paralelamente a la toma y procesamiento de paraclínicos ordenados, la paciente Jiménez Rozo fue nuevamente valorada por la especialidad de medicina interna, el día 8 de junio de 2017 a las 12:26.

Como consta en la historia clínica, en esa atención “la paciente refiere sentirse bien, sin dolor, sin dificultad respiratoria y sin nuevos síntomas”.

Una vez revisados los resultados de los exámenes paraclínicos practicados hasta ese momento, el especialista de turno consignó en el análisis lo siguiente:

“Paciente de 64 años de edad con antecedente de HTA (hipertensión arterial), quien consulta por astenia y adinamia encontrando en paraclínicos de extensión anemia de posible causa hemolítica, por lo que solicitan exámenes de extensión con presencia de coombs directo 3 cruces, con LDH aumentada y presencia de anisocitosis. En el momento paciente en buenas condiciones sin presencia de criterios de transfusión, se inicia dieta

normal, se solicitan paraclínicos adicionales, ANA ENA complemento, vitamina B12, TSH anticoagulante lúpico. Se considera inicio de corticoide con metilprednisolona 1mg/kg.”

Como resulta evidente a la luz de los registros clínicos pertinentes, se siguió orientando el proceso diagnóstico de la paciente Jiménez Rozo (nada fácil en este caso) con exámenes adicionales, mientras se mantenía en observación, canalizada para suministro de líquidos y medicamentos, con tratamiento prescrito y prueba de tolerancia a la vía oral, es decir, una atención de óptima calidad, de alto nivel de complejidad, secuencial, racional y ajustada a su estado y necesidades en salud.

De acuerdo con la valoración citada corroborada con los registros de los restantes integrantes del equipo en salud, no es cierto que la paciente no viera mejoría o se sintiera peor, tal como lo manifestó al médico y al personal de enfermería de turno en urgencias.

Adicionalmente, la señora Jiménez Rozo fue valorada por el especialista en infectología a las 15:15 horas, para la realización de la prueba solicitada previamente por la especialidad de medicina interna, sin que se hubiese apreciado ni la paciente hubiese referido ninguna alteración o desmejora en su cuadro clínico.

Tampoco es cierto que la paciente se encontrara en un “*entorno peligroso por enfermedades y virus*”. El **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** no solo cuenta con la habilitación necesaria para la prestación de los servicios médicos de alta complejidad que ofrece a beneficio de la ciudadanía, incluyendo la atención de urgencias, sino que también es una institución acreditada en salud, que cuenta con los más altos estándares de calidad y seguridad del paciente, que rigen la atención hospitalaria nacional.

Adicionalmente cuenta con un Comité Interno de Vigilancia Epidemiológica que mantiene a la vanguardia al **HOSPITAL** en formulación de políticas de seguridad, control de infecciones y seguimiento estadístico de casos, de manera que se trata de una afirmación infundada que falta al rigor y a la verdad.

Al marcado con el No. 6: NO ME CONSTA la presunta conversación de la paciente con sus familiares, ni los presuntos mensajes de texto cruzados entre la señora Marina y su esposo e hija, por ser hechos ajenos a mi mandante, que no conoció entonces y no conoce ahora. Me atengo a lo que se encuentre demostrado dentro de la etapa procesal correspondiente.

Sin embargo, y contrario a lo afirmado por el apoderado actor, las notas de enfermería dan cuenta de un estado de salud completamente diferente al descrito en este hecho.

En efecto, consta en dichos registros que la paciente aceptó y toleró la vía oral, recibiendo la dieta ordenada por los médicos y que en las valoraciones se encontraba consciente, alerta, orientada y sin signos de dificultad respiratoria.

De acuerdo con lo expuesto, no es cierto que la paciente se encontrara “*muy débil*” y que no podía “*ni coger el celular para contarles como iba evolucionando*” (afirmación por lo demás contradictoria si se tiene en cuenta que en el mismo hecho el demandante alude a conversaciones y mensajes cruzados).

Al marcado con el No. 7: Si bien **NO ME CONSTA** la presunta conversación de la demandante con el enfermero jefe “*de nombre Daniel*”, **NO ES CIERTO** que hubiese existido una solicitud o requerimiento de acompañamiento permanente de la paciente por parte del servicio de enfermería, como se puede corroborar en la historia clínica.

Por el contrario, y como se puede confirmar no sólo con los registros clínicos, sino con los registros videográficos de las cámaras de seguridad, la paciente no tenía ningún tipo de restricción para su movilidad, ni sus patologías hacían necesario un acompañamiento especial, diferente al seguimiento suministrado a los restantes pacientes en el servicio.

En efecto, la historia clínica da cuenta de las indicaciones e instrucciones impartidas a la señora Marina Jiménez Rozo respecto de la importancia de pedir colaboración por parte del personal de enfermería en caso de requerir movilizarse para evitar riesgos de caída, tal como se realizó en el presente caso.

Hubo, en consonancia con lo anterior, un acompañamiento suficiente y acorde con los requerimientos de la paciente durante todo el tiempo de atención en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, sin que el evento súbito, imprevisible e irresistible, que presentó la paciente y al cual nos referiremos en detalle con posteridad, se hubiese generado por una supuesta falta de enfermera permanente, como se pretende afirmar en este hecho. No sólo no hubo solicitud en tal sentido, sino que no existía indicación para dicho servicio, de acuerdo con la *lex artis ad hoc*.

Al marcado con el No. 8: NO ME CONSTAN, las supuestas conversaciones sostenidas entre los demandantes, ni las supuestas consideraciones realizadas por ellos.

No obstante, **NO ES CIERTO** que la paciente se encontrara “rodeada de más contaminación” como se afirma en la demanda, por estar ubicada en el servicio de urgencias junto con otros pacientes. Adicionalmente, debemos recalcar que el evento súbito que presentó la señora Marina Jiménez no fue de origen infeccioso, ni mucho menos adquirido por el contacto con otros pacientes, ya que obedeció a una cardiopatía derivada de sus condiciones de base, imprevisible e irresistible para los miembros del equipo en salud de la institución que represento.

También debemos señalar que, si bien la ocupación del servicio de urgencias era alta – circunstancia ésta ajena a mi mandante – el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** prestó un servicio oportuno, adecuado, permanente y acorde con los dictados de la ciencia médica, durante toda la atención médica requerida por la señora Marina Jiménez Rozo.

Un hospital de la complejidad, prestigio y reconocimiento científico del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, tiene enorme acogida en la comunidad y en ocasiones, sin que ello sea posible de anticipar, controlar o frenar, la demanda desborda la oferta.

No es potestativo de un Hospital cerrar sus puertas por exceso de demanda de servicios, pues la ley y las autoridades lo prohíben, sin embargo, aun con las incomodidades hoteleras propias de una gran afluencia de pacientes, nunca se dejan de atender las medidas de seguridad, ni de minimizar los riesgos de contaminación cruzada entre pacientes, de manera que, la afirmación de la demanda no deja de tratarse de una apreciación personal, que pretende generar dramatismo, pero que carece de sentido y de prueba y que para efectos del caso resulta irrelevante, pues la paciente no tenía una inmunodeficiencia que demandara su aislamiento ni su motivo de consulta o deterioro súbito de su salud estaba o estuvo relacionado con una infección.

Al marcado con el No. 9: NO ME CONSTA el presunto mensaje de texto remitido por la señora Marina Jiménez a sus familiares, lo cual debe probarse dentro del proceso.

Sin embargo, de acuerdo con los registros de la historia clínica, el medicamento Ivermectina – al cual suponemos se refiere el apoderado al nombrar el medicamento Iberpentina – fue ordenado desde el día 7 de junio de 2017 y suministrado en dos dosis el 7 y el 8 de junio, como consta en el registro de medicamentos correspondiente y como lo dispone la farmacología propia del tratamiento.

Al marcado con el No. 10: ES PARCIALMENTE CIERTO. El apoderado actor hace referencia en este hecho a la respuesta a la interconsulta efectuada por el servicio de neurología, haciendo una transcripción incompleta de la valoración realizada por la especialidad, por lo cual me remito a la historia clínica, en la cual se encuentra registrada no sólo la enfermedad actual, sino el examen físico, análisis y plan de conducta adoptado por dicha especialidad.

También consta en las notas de enfermería, que la paciente Jiménez Rozo se encontraba consciente, alerta y orientada, en las valoraciones del día 8 de junio de 2017, en la tarde y noche de esa fecha, como se explicó de manera precedente.

El día 9 de junio de 2017, a las 03+05 horas, como consta en las notas retrospectivas del servicio de enfermería, se presenta un evento súbito, que se describe así:

Paciente quien se encuentra en silla reclinable e78, estable consciente alerta y orientada, paciente refiere a auxiliar de enfermería Leidy Ochoa deseos de bañarse a lo cual se le indica que se debe esperar en horas de la mañana ya que en el momento no se cuenta con agua caliente, paciente acepta pero refiere que se ira a cepillar los dientes, paciente es acompañada por auxiliar de enfermería Leidy deambulando hasta el baño sin complicación, en el momento en que la paciente ingresa al lavamanos a un costado del baño, solicita toalla de papel, la auxiliar de enfermería se dirige hacia la gaveta para facilitarle una gasa y en ese momento la paciente sufre síncope cayendo de lado, se evidencia supra versión ocular sin movimientos tónico clónicos, auxiliar de enfermería verifica pulso en arteria radial de miembro superior izquierdo evidenciando pulso activo, no responde al llamado, paciente inconsciente, se solicita apoyo, paciente es trasladada en camilla hacia el área de reanimación es monitorizada se administra oxígeno suplementario de alto flujo por mascara, paciente no responde al volumen instaurado de oxígeno motivo por el cual los médicos urgenciólogos deciden realizar intubación orotraqueal, paciente quien se encuentra con pupilas dilatadas sin respuesta al dolor en hemicuerpo izquierdo, se lleva a toma de tomografía de cráneo monitorizada con intubación orotraqueal en compañía de médico residente de urgenciología, terapeuta respiratoria, auxiliar de enfermería y camillero, se realiza estudio sin complicaciones y se regresa paciente al área de reanimación, se hace entrega de paciente a jefe de enfermería (...)

El evento sincopal que presentó la señora Marina Jiménez fue igualmente descrito y consignado en detalle por la auxiliar de enfermería que lo presenció, como consta en la historia clínica, en la cual se registró:

Paciente quien se encuentra en silla reclinable cubículo 78, realiza llamado a enfermería, se asiste , paciente refiere que desea bañarse , se explica que debe esperar en la hora de la mañana, ya que en el momento no hay agua caliente , paciente entiende y acepta, luego me dice que desea cepillarse los dientes, se le indica a la paciente que aliste las cosas que va utilizar, la ayudo, le pregunto que como se siente, si tiene dolor, si se siente mareada, refiere que no, la asisto y la acompaño deambulando hasta el baño sin complicación, la paciente ingresa al lavamanos al costado del baño, solicita una toalla, me dirijo a buscar hacia la gaveta para facilitarle una gasa, y en ese instante la paciente realiza síncope, inmediatamente, la asisto paciente no responde al llamado coloco la cabeza sobre mis rodillas, verifico respiración, verifico pulso en arteria radial de miembro superior izquierdo , pulso activo y observo supra versión ocular, sin movimiento tónico clónicos, paciente inconsciente mientras verificaba lo anterior le doy la orden a dos personas buscar ayuda, quienes asisten y se traslada en camilla, hacia el área de reanimación. Se le explica al médico urgenciólogo lo sucedido, me preguntan nombre de la paciente y les respondo diligencio el formato de entrega de pertenencia, y las llevo a reanimación quien las recibe la auxiliar Leidy Trujillo (...)

Como consta en la historia clínica, la paciente fue inmediatamente trasladada a la sala de reanimación, siendo valorada por el especialista en medicina de urgencias quien procedió a intubarla debido al compromiso neurológico que presentaba la señora Jiménez, considerando como diagnóstico de impresión un accidente cerebro vascular, debido a los hallazgos al examen físico, ordenándose de manera inmediata la realización de una Tomografía Axial Computarizada de Cráneo.

El especialista, respecto de dicha atención, consignó:

Paciente de 64 con único antecedente previo de HTA que ingresa por cuadro de ictericia y anemia con hallazgos sugestivos de anemia hemolítica la cual se encontraba en estudios por medicina interna estaba recibiendo metilprednisolona y azatioprina. En la noche de hoy presenta episodio sincopal, con desviación de la mirada y relajación de esfínteres sin movimientos anormales ni postura tónica que no recupero evidenciando posteriormente plejía de hemicuerpo izquierdo, con Glasgow en 7 por lo cual se decide asegurar vía aérea, con lo que recupera saturación, no ha presentado inestabilidad hemodinámica, no requerimiento de soporte vasopresor, en paraclínicos previos con azoados preservados con diuresis presente, sin alteraciones hidroelectrolíticas, con hemograma que mostraba anemia y trombocitopenia en rango de 56000 fibrinógeno normal, presentaba niveles de Vitamina B12 disminuidos, se considera ACV (accidente cerebro vascular) hemorrágico como primera posibilidad por lo que es llevada a TAC de carácter urgente donde se descartan sangrados agudos se considera cuadro de origen isquémico se activa código ACV se llama a neurología. Por el momento se inicia LEV (líquidos endovenosos) con SSN (solución salina normal), no sedación por el momento cabecera a 30 vigilancia neurológica.

Fue en ese momento, y luego de realizar los exámenes urgentes para determinar la etiología del evento súbito que presentó la señora Jiménez Roza, que se realizó la valoración por parte de la especialidad de neurología a la que se hace referencia en el presente hecho.

De acuerdo con el concepto de los múltiples neurólogos que participaron de la interconsulta, se consideró lo siguiente:

Concepto:

Paciente femenina de 64 años de edad sin familiar en el momento (fue llamado por servicio de reanimación sin respuesta) con antecedente de HTA al parecer rankin 0 hospitalizada por el servicio de medicina interna por anemia hemolítica en manejo con azatioprina y metilprednisolona que presenta el día de hoy a las 3:30 am sincope, hemiplejía izquierda y relajación de esfínter urinario. Al ser valorada por reanimación con GCS 7/15 con hemiplejía izquierda, realizan IOT previa sedación y relajación. Al momento de la valoración por neurología con desaturación importante 33% con FIO2 100% por IOT con zonas de equimosis en extremidades inferiores, examen neurológico limitado dado efectos recientes de relajación y sedación con pupilas midriáticas hiporreactivas, reflejos de tallo presentes, flacidez y respuesta plantar neutra bilateral. No es posible definir NIHSS dado lo mencionado previamente. TAC Cerebral simple con ASPECTS 9.

Dado lo anterior se sospecha ACV ACM M2-3 derecho sin embargo sin examen neurológico dado efectos de sedación y relajación.

Se expone caso con neuróloga Vascular Dra. Coral y Dr. Puentes Neurocirujano endovascular revisando guías de indicaciones y contraindicaciones de trombolisis IV 2015 Stroke con contraindicación para trombolisis IV e intra-arterial con trombocitopenia severa dado alto riesgo de sangrado intracerebral en contexto de paciente con anemia hemolítica y trombocitopenia severa, además de alto riesgo de sangrado por re-perfusión en el contexto de manejo con trombectomía mecánica.

Dado alto riesgo de sangrado intracerebral y muerte en contexto de paciente no se beneficia de terapia de re-perfusión IV ni intra-arterial.

Llama la atención durante valoración de manera persiste desaturación severa hasta 30% con FIO2 al 100% por IOT sospechándose TEP ?.

No hay familiares en el momento para explicar pronóstico neurológico reservado a corto plazo dado lo mencionado previamente.

Se deja orden de IRM cerebral para realizar una vez paciente estable.

A pesar de la atención inmediata y multidisciplinaria, la paciente Marina Jiménez Rozo continuó con su deterioro y lastimosamente falleció a las 7:26 horas, a las pocas horas del evento súbito por ella presentado. Al respecto el especialista en atención de emergencias consignó en la historia clínica lo siguiente:

Paciente posterior a IOT (intubación orotraqueal) inicia hipoxemia con fio2 al 100% se verifica tubo con laringoscopia y RX de tórax se encuentra bien posicionado con adecuada ventilación y expansión torácica adecuada. A pesar de rescate y reclutamiento manual no aumenta saturación presenta posterior a esto episodios de bradicardia hipotensión y actividad eléctrica sin pulso en 4 ocasiones primero a las 5:09 hrs último a las 7:10 hrs que recupera circulación espontanea después de primer ciclo y dosis de adrenalina, salía a ritmo sinusal se toma EKG sin alteraciones isquémicas agudas, se inicia soporte vasopresor con norepinefrina se titula hasta 1 mcg kg min y adrenalina por bradicardia refractaria hasta 0.5 mcg kg min, se inicia parches de marcapaso sin embargo paciente nunca recupero saturación, además presenta pupilas no reactivas de 6 mm sin reflejos de tallo y a las 7:26 HRs presenta asistolia dado que presenta ya soportes altos y reanimación avanzada y sospecha de daño neurológico avanzado se declara hora de fallecimiento a las 7:26 hrs. No se ha informado a familiares dado que no se estaban en la institución se llamó telefónicamente y se comunicó con esposo a las 6:30 hrs, indicando acercarse cuanto antes a servicio de urgencias.

Se considera que paciente no tiene causa clara de muerte dado que eventos isquémicos pensados previamente se disminuye probabilidad dado trombocitopenia y no hay causa clara de hipoxemia refractaria por lo que se solicita autopsia clínica.

Se espera a familiares para información.

De las notas anteriores consignadas en la historia clínica, se deduce sin equívocos que la señora Marina Jiménez Rozo presentó un colapso súbito, impredecible e irresistible y que, a pesar de un manejo médico inmediato, no fue posible determinar en ese momento su causa clínica, ni contener sus fatales consecuencias.

A los marcados con los Nos. 11 y 12: NO ES CIERTO. En primer lugar, debemos resaltar que, en el presente hecho y contrario a las disposiciones procesales correspondientes, el apoderado realiza una serie de afirmaciones y manifestaciones subjetivas carentes no sólo de fundamento científico sino que parten de premisas falsas, como se pasa a analizar.

Nunca se ha intentado ocultar ningún tipo de información por parte de la institución que represento, como bien puede verificarse con los registros de la historia clínica.

El evento súbito que presentó la señora Marina Jiménez fue presenciado por la auxiliar de enfermería, como se corrobora no sólo con su nota clínica, sino con la nota realizada por el jefe de enfermería, siendo ambas completamente coincidentes.

Adicionalmente, contrario a lo afirmado en la demanda, ningún tipo de restricción médica ni clínica tenía la paciente para poder realizar de manera independiente sus necesidades físicas. Sin embargo y de acuerdo con los protocolos existentes en la institución al momento de los hechos, la paciente se encontraba en compañía de la auxiliar de enfermería, cuando presentó el colapso.

En este punto, y para mayor claridad en nuestra contestación, resulta necesario explicar tempranamente, que el lamentable fallecimiento de la paciente no fue producto del trauma que recibió al presentar el síncope, sino que – como se corrobora con la necropsia realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – el colapso se originó por un evento coronario agudo, imprevisible e irresistible, el cual ocasionó que la paciente perdiera su tono muscular, provocando su caída.

En efecto, se indica en el ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses lo siguiente:

“Los hallazgos de la necropsia sugieren una muerte de manera natural, de muy probable origen cardiovascular, siendo el colapso con caída sufrida durante su hospitalización, consecuencial (y no causal de la muerte), ya que el trauma encontrado no explica por sí mismo la muerte.”

Dicho lo anterior, ninguna negligencia o supuesta irresponsabilidad le es atribuible al equipo en salud de la institución que represento, por cuanto no existía ningún signo o síntoma que hubiese permitido predecir el evento cardiovascular que presentó la paciente, como se demostrará con suficiencia en la etapa procesal correspondiente.

Debemos ser enfáticos en que los medicamentos suministrados para la anemia hemolítica que presentaba la paciente, no tienen relación alguna con el evento cardiovascular que presentó la señora Jiménez, sin que el apoderado presente algún tipo de sustento probatorio, más allá de sus propias afirmaciones, las cuales contradicen la realidad científica y documental.

Por último, en lo que se refiere a la transcripción parcial de la nota médica, nos remitimos a la respuesta al hecho 10, para evitar una reiteración innecesaria.

Al marcado con el No. 13: ES PARCIALMENTE CIERTO. El apoderado hace una transcripción incompleta de la nota médica realizada por el equipo de donación y trasplante, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, razón por la cual me remito a la fuente original de la información, en la cual se encuentra no sólo el aparte transcrito, sino también el concepto emitido por la especialista.

Al marcado con el No. 14: NO ME CONSTA la conversación sostenida por los demandantes, respecto del evento, por cuanto el hecho no especifica quién fue el profesional que suministró la información. Tampoco me constan las apreciaciones de los demandantes, por no ser un hecho de mi representado.

Al marcado con el No. 15: NO ES UN HECHO, es una afirmación subjetiva del apoderado actor, que no tiene ningún tipo de sustento científico y que pretende inducir cuestionamientos, sin fundamento. Reiteramos que tanto el evento como la atención suministrada a la paciente Marina Jiménez se encuentran debidamente registrados en la historia clínica, que fue puesta a disposición de los demandantes y de todas las autoridades que lo han solicitado, en total consonancia con la normativa vigente.

Al marcado con el No. 16: NO ES CIERTO COMO SE PLANTEA. Tal como consta en las notas administrativas, en consonancia con las disposiciones legales y de manera concomitante, pero sin supeditar en ningún momento la atención médica a la autorización de la EPS, una vez la paciente ingresó al servicio de urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, se procedió a informar a su aseguradora Famisanar EPS sobre los requerimientos en salud de su afiliada Marina Jiménez Rozo.

El 8 de junio de 2017, debido a la falta de disponibilidad de camas en la institución, así como a la falta de convenio, se inició el trámite de remisión de la paciente, el cual se encuentra a cargo de la EPS en su calidad de aseguradora, como lo dispone expresamente el decreto 4747 de 2007. Sin embargo, dicho trámite no genera ningún tipo de restricción o impacto en la atención médica que se brinda al paciente, como consta en la misma historia clínica, en la cual se demuestra la atención oportuna, permanente e interdisciplinaria que fue brindada a la señora Jiménez Rozo, aun estando su caso reportado y en proceso de referencia y contrareferencia.

Al marcado con el No. 17: NO ME CONSTAN las afirmaciones que realiza el apoderado respecto de la información suministrada por la paciente y lo señalado por los demandantes, por no ser un hecho de mi representado. Me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

No obstante, es pertinente señalar que, a pesar de la falta de actualización de los datos de contacto de la paciente, fue posible ubicar a los familiares e informarles del evento y estado de salud de la paciente, como consta en los mismos hechos de la demanda.

Al marcado con el No. 18: NO ME CONSTA por cuanto no es un hecho de mi representado. Me atengo a lo que se encuentre probado dentro del proceso.

Al marcado con el No. 19: NO ME CONSTA la supuesta conversación de los demandantes con “*el médico de turno*” respecto de la solicitud de remisión de la paciente. No obstante, tal como se explicó en la respuesta al hecho 16, dicho proceso obedeció al cumplimiento de la normativa vigente al momento de los hechos, sin que dicha solicitud hubiese modificado la atención oportuna y acorde con la *lex artis ad hoc* que fue suministrada a la paciente.

Nuevamente reiteramos que la atención se brindó con el recurso humano y de infraestructura adecuado, sin que sea cierto que la paciente requiriera un “*espacio físico aislado*” como erróneamente lo asevera el apoderado actor.

Por último, **NO ES CIERTO** que hubiese negligencia o impericia en la atención suministrada a la paciente, pues durante su corta estancia, fue valorada por múltiples especialidades, le fueron realizaron exámenes especializados y se brindó el manejo indicado por la ciencia médica para su sintomatología, sin que hubiese sido posible predecir el evento cardiovascular súbito que conllevó a su lamentable fallecimiento.

Al marcado con el No. 20: NO ES CIERTO. Si bien es cierto, con base en lo consignado en la historia clínica, que para el equipo en salud no había claridad sobre la causa del evento sincopal que conllevó al fallecimiento de la señora Marina Jiménez Rozo y por lo tanto se requería la realización de una necropsia para aclarar la causa de la muerte, nunca hubo por parte de la institución una presión, ni mucho menos “*una intención no clara de hacerlo en el mismo hospital*” como temerariamente se afirma en la demanda.

Todo lo contrario, nada más transparente y comprometido con la búsqueda de la verdad que involucrar al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en este caso en que, sobran razones para la duda sobre las causas de la muerte y que haber sugerido un procedimiento interno pudiese interpretarse como una forma de cubrir u ocultar algún hallazgo. Ninguna duda cabe sobre la imparcialidad del Instituto y sobre la calidad de sus necropsias.

Fue precisamente el dictamen del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el que permitió establecer la causa de la muerte de Doña Marina y la secuencia

de hechos que rodearon su deceso (evento cardiovascular súbito con pérdida del tono muscular), no atribuible a defectos o deficiencias asociadas a la atención médica o al cuidado del personal de enfermería.

Al marcado con el No. 21: NO ME CONSTAN las presuntas conversaciones de los familiares con la persona que se afirma en este hecho, por no ser un hecho propio de mi representado. Sin embargo, el evento que presentó la señora Jiménez Rozo fue descrito en detalle en la historia clínica por parte del personal asistencial de la institución, como se ha manifestado de manera reiterada.

Al marcado con el No. 22: NO ES UN HECHO es una apreciación subjetiva del apoderado, respecto de la supuesta *“inconsistencia”* entre el relato de un tercero y lo consignado en la historia clínica, la cual **NO ES CIERTA**, pues la enfermera auxiliar que presenció el evento, describió en detalle en la historia la forma en que ocurrió.

Al marcado con el No. 23: NO ME CONSTAN las presuntas conversaciones de los familiares que se describen en este hecho, por ser ajenas a mi representado y por cuanto no se indica las personas con las cuales presuntamente fueron sostenidas. Me atengo a lo que efectivamente se demuestre dentro del proceso.

Sin embargo, reiteramos que la información brindada a los familiares por parte del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, ha sido en todo momento transparente, sin que se hubiese en ningún momento tratado de ocultar o adulterar información, como se afirma de manera temeraria.

Al marcado con el No. 24: NO ME CONSTA la presunta información dada *“por otro testigo ocular”* en *“un restaurante”*, por cuanto no es un hecho de mi mandante.

No obstante, dicha presunta versión no concuerda con la realidad fáctica, narrada y descrita por la auxiliar de enfermería que presenció el evento. Adicionalmente, debido a que el área de reanimación se encuentra en otro espacio físico diferente al área de observación donde ocurrió el síncope, resulta físicamente imposible que la presunta testigo ocular hubiese visto a la señora Marina Jiménez Rozo *“pálida y entubada y con cables por todo lado”* como se narra en la demanda.

Al marcado con el No. 25: NO ES UN HECHO, se trata de apreciaciones subjetivas del apoderado, respecto de la presunta versión a la que se hizo referencia en el hecho anterior, que en todo caso **NO SON CIERTAS**, ya que en ningún momento hubo *“inoperancia, negligencia”* ni mucho menos se ha faltado a la verdad por parte del equipo en salud de la institución, quien por el contrario ha estado dispuesta en múltiples oportunidades y en compañía de múltiples apoderados designados por los demandantes, a brindar una información clara y transparente sobre el evento.

Al marcado con el No. 26: NO ME CONSTA la presunta versión a la que nuevamente y de manera reiterada se refiere el apoderado, la cual contradice la realidad fáctica, contenida en la historia clínica y narrada directamente por la auxiliar que presenció el síncope de la paciente.

Sin embargo, debemos resaltar que la paciente nunca fue dejada *“sola sin atención médica, aislada”* ni mucho menos se encontraba en un estado de *“debilidad y urgencia”* como se corrobora con la historia clínica. La señora Marina Rozo se encontraba en buen estado general y fue, de manera súbita e imprevisible, que presentó el síncope, el cual fue atendido adecuada y oportunamente por el equipo en salud de la institución quienes, lamentablemente, no pudieron contener sus consecuencias.

Al marcado con el No. 27: NO ES CIERTO, se trata de una afirmación subjetiva del apoderado, que en todo caso se controvierte con la sola lectura del informe rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. No hubo, en ningún momento, una falta de atención médica y vigilancia de la paciente, y como está claro en la historia clínica y se demostrará con suficiencia en la etapa procesal correspondiente, no existía ningún tipo de signo o síntoma que hubiese permitido predecir el evento súbito que presentó la señora Jiménez Rozo.

Al marcado con el No. 28: NO ES CIERTO. En contra de la técnica procesal, el apoderado realiza una nueva narración de apartes de la historia clínica referente a hechos sobre los cuales ya habría pronunciamiento previo, pero realizando una serie de afirmaciones carentes de sustento científico y contrarias a la realidad.

El medicamento metilprednisolona hace parte del tratamiento de la anemia hemolítica con que ingresó la señora Jiménez, sin que sea cierto que la paciente presentara *“cefalea, mareos, insomnios, agitación, depresión, ansiedad, debilidad muscular, etc.”*, como lo descartan las valoraciones incluidas en la historia clínica.

Al marcado con el No. 29: NO ES UN HECHO, es un cuestionamiento subjetivo del apoderado, carente de sustento científico. Como se ha mencionado de manera reiterada, no existía indicación de un acompañamiento permanente de la paciente, de acuerdo con los dictados de la ciencia médica, y es FALSO que los medicamentos suministrados *“no permitían que ella se pudiera valer por sí misma”*.

Sin embargo, y a pesar de resultar reiterativa, el lamentable fallecimiento de la paciente no fue producto de un supuesto descuido en el cuidado o traslado de la señora Jiménez Rozo, sino de un evento cardiovascular agudo, el cual fue imprevisible e irresistible para la institución que represento y para cualquiera de sus profesionales y colaboradores.

Dicho lo anterior, el apoderado estructura su teoría del caso en que presuntamente la paciente se encontraba sola y que, como consecuencia de ello, sufrió una caída que produjo su lamentable fallecimiento. Sin embargo, las mismas pruebas que presentan los demandantes permiten desechar dicha tesis, por cuanto está plenamente probado mediante la prueba técnica, que el trauma que presentó la señora Marina fue CONSECUCIONAL a su evento cardiovascular, y no fue la causa de su muerte. Aunado a lo anterior, la paciente se encontraba acompañada, al momento del evento sincopal de una auxiliar de enfermería, como se demuestra con la historia clínica.

Con base en lo expuesto, el síncope que presentó la paciente hubiese ocurrido a pesar de un acompañamiento permanente, y sus consecuencias no eran evitables, como se puede corroborar con la historia clínica donde consta la atención multidisciplinaria que fue brindada ante su acaecimiento y a pesar de la cual, no fue posible contener sus efectos.

Al marcado con el No. 30: NO ES CIERTO, y con el mayor respeto, dichas aseveraciones demuestran una total carencia de apoyo científico. Si bien, como se explicó en detalle de manera precedente, a la paciente le fueron suministrados los medicamentos metilprednisolona y azatioprina, no es cierto que el único uso de la azatioprina sea *“para prevenir el rechazo del trasplante”* o para *“la artritis reumatoide grave”* como lo afirma el apoderado, pues se trata de un medicamento plenamente indicado para el manejo de la anemia hemolítica autoinmune, acorde con los diagnósticos realizados a la señora Marina Jiménez Rozo.

No existe ningún sustento científico para afirmar que las dosis de medicamentos suministradas a la señora Marina Jiménez le *“pudo provocar una disminución en la cantidad de células sanguíneas en la médula ósea, lo que puede provocar infecciones graves o peor aún poniendo en riesgo la vida de la señora”* como temerariamente se indica. La señora Jiménez no presentó ningún proceso infeccioso, ni mucho menos se puso en riesgo su vida con los medicamentos suministrados, los cuales no tienen relación alguna con el evento súbito por ella presentado.

Al marcado con el No. 31: NO ES UN HECHO, se trata nuevamente de afirmaciones del apoderado, que desconocen no sólo las reglas de la física, sino las pruebas que ellos mismos aportan.

Dicho lo anterior, la Tomografía Axial Computarizada de Cráneo no reveló sangrados ni lesiones, como lo señala la historia clínica, lo cual descarta que hubiese presentado *“un golpe en la cabeza de tal magnitud (...)”*.

Reiteramos, tal como se indica en el informe de necropsia, que la paciente sufrió un colapso de origen cardiovascular y dicho colapso, como es natural, conllevó la pérdida de tono muscular, que (como consecuencia de la aplicación de la *ley de la gravedad*) generó su caída al suelo con el correspondiente trauma (leve por lo demás) dado que ni el TAC ni la necropsia describen un hematoma o sangrado o fractura.

Por último, debemos resaltar, que la impresión diagnóstica de un accidente cerebro vascular como causa del colapso, hacía necesaria la realización de la tomografía ordenada.

Al marcado con el No. 32: NO ES CIERTO, el diagnóstico presuntivo (en estudio) de cursar con una anemia hemolítica no representa un riesgo aumentado para un paciente por el que deba permanecer acompañado.

Sin embargo, dicho acompañamiento, como se ha explicado en detalle de manera precedente, no hubiese podido evitar el colapso cardiovascular presentado por la señora Jiménez Rozo, el cual fue imprevisible e irresistible para mi representado y sus colaboradores y es la causa exclusiva de su lamentable fallecimiento.

Al marcado con el No. 33: NO ES CIERTO, a la señora Jiménez le fue suministrada una atención acorde con los dictados de la ciencia médica, a pesar de la ocupación del servicio, como se explicó en detalle en la respuesta a los hechos 1 a 12 a la cual me remito para evitar reiteraciones innecesarias.

Al marcado con el No. 34: NO ES CIERTO, son afirmaciones tendenciosas y que manipulan la información contenida en la historia clínica. El apoderado hace referencia al concepto emitido por la red de trasplantes, respecto del diagnóstico de impresión de accidente cerebro vascular – a lo cual se refiere la especialista al describir lesión catastrófica del Sistema Nervioso Central – pero en ningún momento se habla de un *“impacto fuerte sobre su cabeza”*.

Al marcado con el No. 35: NO ES CIERTO, como se explicó de manera previa, a la paciente le fue brindada una atención adecuada y acorde con los dictados de la ciencia médica. Sin embargo, como se explicó también, debido a la falta de disponibilidad de camas se inició el proceso de referencia de la paciente a cargo de su entidad aseguradora, garantizando de manera concomitante la atención en salud por ella requerida.

Al marcado con el No. 36: NO ES CIERTO, el apoderado realiza una afirmación subjetiva que desconoce la misma transcripción que él realiza. Tal como consta en la historia clínica,

al afirmar que la paciente *“refiere No uso de PRÓTESIS DENTALES”* se está diciendo que no tiene prótesis dentales, por lo que no entendemos cuál es la información errada en dicha anotación.

Al marcado con el No. 37: NO ES CIERTO, de acuerdo con la nota de enfermería a la que se refiere el apoderado, la señora Jiménez refirió dolor a las 11:00 horas del 8 de junio de 2017, razón por la cual la profesional procedió a informar al médico del servicio.

A las 12:26 horas de ese mismo día, fue valorada por el médico del servicio, a quien la paciente refirió *“sentirse bien, sin dolor, sin dificultad respiratoria, sin nuevos síntomas”* razón por la cual, ningún medicamento adicional debía suministrarse, como erróneamente lo alega la demanda.

Al marcado con el No. 38: NO ME CONSTA, las supuestas apreciaciones de la señora Luz Dary Lizarazo, por ser un hecho ajeno a mi mandante. No obstante, la misma nota de enfermería describe a una paciente consciente, alerta y orientada, sin soporte de oxígeno, y no como se describe por parte del apoderado.

NO ES CIERTO que el personal asistencial de turno no fue diligente ni mucho menos que hubiese generado *“una caída de su propia altura”*, la cual fue producto única y exclusivamente del colapso cardiovascular sufrido de manera aguda por la señora Jiménez Rozo, como lo corroboró el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Al marcado con el No. 39: NO ES CIERTO, se trata de afirmaciones carentes de sustento científico. Adicionalmente, desde su ingreso se tuvo en cuenta no sólo este signo clínico, sino toda la sintomatología que presentaba la paciente, para lo cual se realizaron múltiples exámenes especializados y valoraciones multidisciplinarias, tendientes a esclarecer la etiología de su ictericia.

En lo que respecta a los recursos humanos y de infraestructura que fueron puestos al servicio de la señora Jiménez Rozo, reiteramos que en todo momento se cumplió con la normativa vigente y que la atención suministrada se ajustó completamente a la *lex artis ad hoc*.

Al marcado con el No. 40: NO ES CIERTO, el apoderado reitera la supuesta inconsistencia señalada en el hecho 36, a cuya explicación nos remitimos para evitar reiteraciones innecesarias.

Al marcado con el No. 41: NO ES CIERTO, el apoderado reitera las afirmaciones respecto de la ictericia, a la cual se hizo referencia en el hecho 39, a cuya explicación nos remitimos para evitar reiteraciones innecesarias. Adicionalmente, no se describe en la historia clínica ningún deterioro en el estado anímico de la paciente, como infundadamente lo afirma la demanda.

A los marcados con los Nos. 42, 43, 44 y 44: NO ES CIERTO, el apoderado afirma que en la historia clínica se *“falta a la verdad y realidad”* por las supuestas versiones de unas testigos, quienes no se encontraban en el momento del evento. Tal como consta en la historia clínica, el evento súbito fue presenciado por la auxiliar de enfermería, quien procedió de inmediato a trasladar a la paciente a reanimación para brindar la atención por ella requerida.

Para evitar extender el presente documento, nos remitimos a la explicación contenida en la contestación a los hechos Nos. 10 y 11 respecto de las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se presentó el colapso cardiovascular de la señora Jiménez Rozo.

Al marcado con el No. 46: NO ES CIERTO, y lo contenido en este hecho desconoce la atención brindada a la paciente ante su colapso, la cual fue descrita en detalle en la respuesta dada a los hechos 9 y 10.

Resulta cuando menos desacertado cuestionar el hecho de que la paciente *“sólo hasta las 5:09 horas, es decir después de una hora y media (del suceso de la caída) se realiza actividad eléctrica para su reanimación”*. Como se ha reiterado, la paciente sufrió un colapso que conllevó un trauma consecucional, pero dicho trauma no generó las alteraciones que ocasionaron su lamentable fallecimiento. Sin embargo, era imposible realizar procedimientos de reanimación antes de que la paciente presentara bradicardia, hipotensión y actividad eléctrica sin pulso, por encontrarse contraindicadas.

Al marcado con el No. 47: NO ES CIERTO, la epicrisis es un documento que debe diligenciarse al finalizar la atención del paciente, pues en el mismo se resume toda la atención médica que fue suministrada.

En efecto, el artículo 1° de la resolución 3374 de 2000 define la epicrisis como *“el resumen de la historia clínica del paciente que ha recibido servicios de urgencia con observación o de hospitalización, con los contenidos y características que se definen en el anexo técnico de esta Resolución.”*

Dicho documento tiene como finalidad, ser soporte de las facturas remitidas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, y únicamente resume la información que ha sido consignada durante la atención del paciente en la historia clínica.

Con base en lo anterior, resulta desacertado cuestionar el hecho de que la epicrisis sea elaborada luego de terminar la atención, y es temerario afirmar que el realizar la epicrisis luego de terminar la atención deje *“entre ver la manipulación de la información y acomodación para evadirla verdadera responsabilidad.”*

Por el contrario, la información y descripción del evento fue oportuna y transparente, como se evidencia en la historia clínica y se ha narrado a lo largo de la presente contestación.

Al marcado con el No. 48: NO ES CIERTO COMO SE AFIRMA, pues el apoderado omite los apartes más relevantes de la necropsia, los cuales fueron transcritos en la respuesta a los hechos Nos. 11 y 12, a los que me remito.

Adicionalmente, de acuerdo con los principales hallazgos de la necropsia se consigna en el numeral VI *“trauma menor en tejidos blandos que no explica la muerte por sí mismo”* lo cual deja claro que el trauma consecucional al colapso fue de leve intensidad.

A los marcados con los números 49, 50 y 51: NO ME CONSTA el informe de la Fiscalía al cual se refiere este hecho, por cuanto el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** no hizo parte de la investigación penal a la que se hace referencia, y ningún valor probatorio puede otorgarse a dicho documento.

Adicionalmente, no podría hablarse de una falla del servicio como lo pretende el apoderado, pues como se ha señalado de manera reiterada, **NO ES CIERTO** que la paciente se hubiese caído desplazándose sola por el servicio de urgencias. Por el contrario, quedó demostrado que la señora Marina Jiménez Rozo sufrió un colapso cardiovascular, imprevisible e irresistible, que como consecuencia generó la pérdida de tono muscular y el trauma leve secundario. Con base en esto y como se explicará en detalle con posterioridad,

no puede hablarse de una supuesta falla en la obligación de seguridad, pues el colapso fue consecuencia de un cuadro agudo y no de deficiencias en la atención en salud.

Al marcado con el No. 52: NO ES CIERTO. Si hubo una reunión con los familiares y su apoderado para explicar la situación y mostrar las imágenes de los videos de seguridad, lo cual demuestra una actitud colaboradora y transparente, muy lejos de las imputaciones tendenciosas sobre alguna intención de ocultar o desviar la realidad.

Al marcado con el No. 53: NO ME CONSTAN las supuestas versiones de los presuntos testigos oculares por no ser un hecho de mi representado. Sin embargo, **NO ES CIERTO** que la señora Marina Jiménez se encontrara sola, pues como se ha insistido, el evento fue presenciado por la auxiliar de enfermería que procedió a registrarlo en la historia clínica.

A LAS PRETENSIONES

En lo que se refiere a mi representado, expresamente me opongo de manera general a todas y cada una de las declaraciones, pretensiones y condenas, sean estas principales o subsidiarias, directas o indirectas, individuales o solidarias incluidas en la demanda, toda vez que carecen de fundamento legal y fáctico.

A LAS MARCADAS CON EL NÚMERO 1: Me OPONGO a que se reconozca el daño moral solicitado por Héctor Lizarazo, Luz Yasmín Lizarazo Jiménez, Luz Dary Lizarazo Jiménez, Héctor Javier Lizarazo Jiménez, Samuel Enrique Cárdenas Lizarazo, Paula Valentina Lizarazo García, Héctor Andrés Morales Lizarazo e Isabella Morales Villarraga, toda vez que no se reúnen en el presente asunto los elementos *sine qua non* para atribuirle responsabilidad a mi mandante.

A LA MARCADAS CON LOS NÚMEROS 2, 4, 5 y 6: Me OPONGO a que se reconozca el daño a la vida de relación solicitado por Héctor Lizarazo, Luz Yasmín Lizarazo Jiménez, Luz Dary Lizarazo Jiménez y Héctor Javier Lizarazo Jiménez toda vez que no se reúnen en el presente asunto los elementos *sine qua non* para atribuirle responsabilidad a mi mandante.

AL MARCADO ERRÓNEAMENTE CON EL NÚMERO 6 NUEVAMENTE: Me OPONGO a que se reconozca la indexación “*de los valores solicitados por concepto de perjuicios materiales*” toda vez que ninguna de las pretensiones hace referencia a perjuicios patrimoniales.

A LOS MARCADOS CON LOS NÚMEROS 7 Y 8: Me OPONGO a que se condene a mi mandante al pago de intereses moratorios y a la condena en costas, por improcedente, por cuanto no existe responsabilidad alguna atribuible al **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**.

A LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO

Niego que los fundamentos normativos invocados por la parte actora sean los aplicables al caso en cuestión, ya que en el presente asunto no se configuran los requisitos necesarios para atribuirle responsabilidad a mi mandante.

Teniendo en cuenta que el apoderado actor hace un análisis extenso de la Jurisprudencia del Consejo de Estado, es necesario señalar que, por tratarse de entidades de naturaleza privada, el régimen de responsabilidad de las entidades públicas no es aplicable al presente asunto. Sin embargo, debemos realizar una serie de precisiones, respecto del régimen cuya aplicación pretende la demanda.

En primer lugar, y contrario a lo afirmado por la parte actora, el régimen de falla presunta del servicio médico fue desechado en la jurisdicción contencioso administrativa desde el año 2000, sin que dicho régimen haya sido aceptado en la jurisdicción civil.

En efecto, es reiterada la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, que ratifica que el régimen de responsabilidad aplicable a la prestación de servicios médicos es el de culpa probada.

Al respecto, y a manera de ejemplo señaló la Corte en sentencia del 13 de septiembre de 2002 lo siguiente:

“En la forma en que lo tiene establecido la doctrina y la jurisprudencia, en el campo de la responsabilidad civil el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas. A este respecto la jurisprudencia de la Corte, a partir de su sentencia de 5 de marzo de 1940 (G.J. Tomo XLIX, pág. 116) ha sostenido, con no pocas vacilaciones, que la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y ésta se incumple, cual sucede, por ejemplo, con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo de 30 de enero de 2001 (Exp. N° 5507), en el que ésta puntualizó la improcedencia de aplicar en esta materia, por regla de principio, la presunción de culpa prevista en el artículo 1604 del C.C., al sostener que, de conformidad con el inciso final de dicho precepto, priman sobre el resto de su contenido “las estipulaciones de las partes” que sobre el particular existan, añadiendo por lo consiguiente y no sin antes reconocer la importancia de la doctrina que diferencia entre las obligaciones de medio y de resultado, que “lo fundamental está en identificar el contenido y alcance del contrato de prestación de servicios médicos celebrado en el caso concreto, porque es este contrato específico el que va a indicar los deberes jurídicos que hubo de asumir el médico, y por contera el comportamiento de la carga de la prueba en torno a los elementos que configuran su responsabilidad y particularmente de la culpa, porque bien puede suceder, como en efecto ocurre, que el régimen jurídico específico excepcione el general de los primeros incisos del artículo 1604 del Código Civil, conforme lo autoriza el inciso final de la norma”.¹

Por lo anterior, no es cierto que “es la entidad demandada la llamada a probar que obró con la diligencia necesaria, ya que existe una presunción en su contra (...)”.

Considerar que “LA INVESTIGACIÓN QUE REALIZÓ LA FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN DENTRO DEL PROCESO CON RADICACIÓN NUMERO 110016000028201701622 quien en su concepto de fecha 22 de noviembre de 2017 conceptuó o determinó que en el caso que nos ocupa hay una presunta responsabilidad derivada del incumplimiento de las obligaciones de vigilancia y custodia de la paciente MARINA JIMÉNEZ” no sólo vulnera el derecho de defensa y contradicción de mi mandante, pues no hizo parte del proceso penal al que se hace referencia, sino que otorga un valor o mérito probatorio al mentado documento, que no le puede ser atribuido.

En efecto, el documento en mención, por medio del cual se ordena el archivo de la investigación penal, es claro en señalar que no tiene la competencia para investigar la actuación del ente hospitalario y que “en el evento” que haya algún incumplimiento de las obligaciones institucionales la investigación debe ser realizada por la jurisdicción civil o

¹ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de septiembre de 2002. Magistrado Ponente Nicolás Bechara Simancas. Exp. 6199.

contenciosa, según sea el caso. En ningún momento se realizó una investigación al respecto, ni mucho menos se concluyó la existencia de una presunta falla institucional, contrario a lo que se afirma en la demanda.

Ahora bien, no es cierto que haya existido en el caso concreto un diagnóstico erróneo, toda vez que la paciente Marina Jiménez Rozo, no presentó ningún tipo de signo o síntoma ni refirió ningún antecedente que hubiese permitido anticipar el evento súbito de origen cardiovascular que presentó durante su estancia hospitalaria. Por el contrario, la atención médica suministrada, se ajustó en todo a los dictados de la ciencia médica aplicables, considerando los signos y síntomas que presentó en su atención.

En lo que respecta al presunto incumplimiento de la obligación de seguridad, por *“el abandono y falta de cuidado que llevaron a que se cayera y sufriera un duro golpe que complicó su estado de salud, circunstancias que dieron lugar a la muerte”*, es claro que no existe fundamento fáctico, jurídico ni científico para dicha aseveración, como se explica a continuación.

En primer lugar, es necesario analizar en qué consiste la obligación de seguridad y cuál es su naturaleza jurídica.

Al respecto ha señalado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

“En virtud de las denominadas obligaciones de seguridad, el deudor de ellos “está obligado a cuidar de la integridad corporal del acreedor o la de las cosas que éste le ha confiado” (CSJ SC259-2005 de oct 18 2005, rad. n°. 14.491). Se trata de una distinción jurisprudencial, proveniente del derecho francés y que se encuentra aclimatada entre nosotros de tiempo atrás (Cfr. SC del 25 de noviembre de 1938 en G.J. T. XLVII, págs. 411 y ss., sobre todo en punto de la obligación del transportador, de donde proviene incluso en Francia) que explica el alcance de ese deber secundario de conducta que puede estar expresamente pactado, establecido en la ley, o derivado de la naturaleza del contrato o de su ejecución de buena fe, pero en todo caso dirigido a la protección de la confianza que el acreedor deposita en su deudor en el sentido de que sus bienes o su persona quedarán a salvo (integridad de las cosas y corporal), y que confía a este en el cumplimiento de la prestación principal, por lo que además de satisfacer ese débito el deudor garantiza o al menos –ello es objeto de discusión– debe procurar la indemnidad de su acreedor respecto de tales intereses.

En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad “de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume” (GJ. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-003 de 1º de febrero de 1993, rad. n°. 3532).

Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de normas técnicas, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación de tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánicos, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un non facere: que el paciente no sufra ningún accidente.

(...) C. Obligación de seguridad de medio o de resultado.-

A esta clase de obligación se la ha identificado como de resultado, a tal punto que algunos consideran tal connotación como de su esencia para que cumpla la finalidad tuitiva que le es propia (Ordoqui, Gustavo, buena fe contractual, 2ª ed., Editorial Ibáñez, Bogotá, 2012, página 389).

No obstante, tal afirmación no puede hacerse en forma categórica o absoluta, cual si fuese un dogma, menos en tratándose de agentes patógenos cuyo control eficaz ha fracasado hasta la fecha a nivel mundial, de donde resulta evidente que la aleatoriedad del resultado indeseado de que el paciente adquiera una enfermedad intrahospitalaria constituye un evento que puede escapar al control de la entidad nosocomial.

(...) 4. Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.”²

De acuerdo con lo reseñado, la obligación de seguridad de las clínicas y hospitales propende por el cuidado de la integridad corporal del deudor, constituyéndose en una obligación de medio, más cuando hay una participación más activa del paciente, como lo señaló también la Corporación en sentencia del 18 de octubre de 2005³.

Dicho lo anterior, y como se afirmó de manera precedente, el evento súbito que presentó la paciente Marina Jiménez Roza no está relacionado con la atención hospitalaria y por tanto no puede ser analizado desde la obligación de seguridad, pues no se generó por un “accidente” en el traslado o movilización de la paciente. Por el contrario, quedó demostrado con el informe de necropsia, que la señora Marina Jiménez sufrió un colapso de origen cardiovascular, que, si bien conllevó un trauma leve como consecuencia de la pérdida de tono muscular secundaria al evento, no fue ocasionado por la atención en salud suministrada por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**.

Por lo afirmado, la reseña jurisprudencial que realiza el apoderado respecto de dicha obligación, no sería aplicable al caso concreto. Sin embargo, en gracia de discusión, está plenamente demostrada la diligencia y prudencia en el caso concreto, pues la institución cumplió a cabalidad con las obligaciones a su cargo, ajustando el comportamiento de los miembros del equipo en salud a los dictados de la ciencia médica aplicables al caso concreto.

AL PROCEDIMIENTO, COMPETENCIA Y CUANTÍA

En relación con el monto de la cuantía que sirve de fundamento a la clase de proceso, debe indicarse que la misma solo se acepta por razones de competencia y de trámite en la medida en que, de acuerdo con la doctrina vigente sobre la materia, todo daño, ya sea patrimonial o extrapatrimonial, debe ser plenamente probado por quien lo reclama, tanto en su monto, como en su existencia y su causalidad.

² Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia del 20 de junio de 2019. Magistrada Ponente Margarita Cabello Blanco. SC2202-2019 Radicación N.º 05001-31-03-004-2006-00280-01
³ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil. Sentencia del 18 de octubre de 2005. Magistrado Ponente Pedro Octavio Munar Cadena. Expediente No. 14.491

En cuanto al tipo de procedimiento y trámite se acepta que se trata de un proceso verbal de mayor cuantía por responsabilidad civil médica.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

PRIMERA: INEXISTENCIA DE UNA ACTUACIÓN CULPOSA Y/O NEGLIGENTE POR PARTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

Para atribuir responsabilidad – sea esta de naturaleza contractual o extracontractual – es imprescindible que se acredite la existencia de una conducta activa u omisiva de carácter culposa o dolosa.

No puede desconocerse que para asuntos en los que se debata un presunto daño derivado de la prestación de servicios de salud y en especial de la actividad médica, la culpa debe ser analizada bajo los parámetros de la *lex artis ad hoc*, es decir, mediante la comparación entre la conducta desplegada por el agente y las reglas o recomendaciones impartidas por la comunidad científica denominada *ley del arte*; de manera que la “*culpa profesional*” ha sido entendida como el error de conducta en que no habría incurrido un profesional de igual experiencia y formación que el presunto autor del daño ante las mismas circunstancias externas.

Como se acreditará a lo largo de este proceso, la actuación de los profesionales adscritos a mi mandante fue en todo momento adecuada, oportuna, diligente, perita, y acorde a la *lex artis ad hoc*. El proceder del grupo de profesionales que atendió a la señora Marina Jiménez Rozo durante su estancia hospitalaria, se ajustó en estricto sentido a la ciencia médica y a las guías y protocolos aplicables, siendo su conducta totalmente ajena a la calificación de negligente o reprochable y por lo mismo carente de virtualidad de generar responsabilidad.

SEGUNDA: APRECIACIÓN DEL ACTO MÉDICO - NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES MÉDICO ASISTENCIALES.

La presente excepción la hago consistir en el hecho de que no siempre la atención, aun siendo oportuna y ajustada a las directrices científicas, puede evitar, prevenir o contrarrestar las consecuencias de las patologías o condiciones de salud por las que consulta un determinado paciente. La Jurisprudencia ha sido clara en señalar que las obligaciones en el campo de la responsabilidad médica son de medio y no de resultado. Por ende, puede afirmarse que los profesionales de salud no están obligados “(...) a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”⁴.

Así las cosas, y como lo ha reconocido la doctrina nacional e internacional, la obligación del médico en este tipo de asuntos es de medios y no de resultado, pues estamos frente a una de las llamadas profesiones liberales, donde el deudor asume la obligación de mera actividad, pues a dichos profesionales solo se les puede exigir una conducta solícita y diligente, en virtud de la cual han de procurar obtener la curación sin que el resultado (mejoría del paciente o prevención de una patología), haga parte del alcance del débito prestacional.

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. MP: José Fernando Ramírez.

Así lo ha sostenido la Corte Suprema de Justicia, desde 1940: “[...] el facultativo está obligado a desplegar en pro de su cliente los conocimientos de su ciencia y pericia, y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o la no curación de éste [...]”

Por su parte el artículo 104 de la Ley 1438 del año 2011 prescribe lo siguiente: “Artículo 26. ACTO PROPIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. **El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. (...)**” (Negrilla fuera de texto)

Entendido lo anterior, en el caso objeto de debate, el grupo en salud que estuvo a cargo de la atención de la señora Marina Jiménez Roza, actuó de manera responsable, prudente, racional y cada una de las conductas y decisiones adoptadas se ajustaron a los dictados de la disciplina aplicables al caso, no existiendo entonces, ningún fundamento para invocar la responsabilidad pretendida por la parte demandante.

TERCERA: INEXISTENCIA DE UN PRESUNTO ERROR U OMISIÓN DIAGNÓSTICA

Frente al error diagnóstico ha indicado la Corte Suprema de Justicia lo siguiente:

“2.2.1 El diagnóstico está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesis”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.

Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el error culposos en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el

conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposos del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”⁵ (Resaltado nuestro)

En el caso que nos ocupa, no existió un error u omisión diagnóstica, toda vez que la atención brindada a la paciente Marina Jiménez Rozo se acompañó de las valoraciones médicas y de los estudios que su condición clínica ameritaba.

Como se demuestra con la historia clínica y se analizará en detalle en la etapa procesal correspondiente, el evento súbito de origen cardiovascular que ocasionó el colapso que presentó la paciente Marina Jiménez Rozo en la madrugada del 9 de junio de 2017, no era previsible y sus consecuencias fueron irresistibles, a pesar del manejo oportuno y adecuado que fue brindado por el equipo en salud.

En efecto, como consta expresamente en la valoración realizada por la especialidad de medicina interna, la paciente negó síntomas asociados a falla cardíaca, tales como ortopnea o disnea paroxística nocturna, refiriendo una clase funcional II/IV.

El examen físico realizado no presentaba hallazgos sugestivos de una patología coronaria, y la ecografía abdominal no evidenció hepatomegalia ni ascitis. Por el contrario, el hallazgo de ictericia generalizada y los paraclínicos realizados mostraron anemia hemolítica y trombocitopenia, razón por la cual los exámenes diagnósticos y tratamiento instaurado se ajustaron a dichas patologías.

De lo anterior se concluye que el colapso cardiovascular súbito que presentó la señora Jiménez Rozo no era predecible en este contexto clínico, descartando el presunto error que endilga la parte actora a mi representado.

CUARTA: INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL – EL DAÑO NO ES IMPUTABLE A LA ACTUACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO.

⁵ Sentencia Corte Suprema de Justicia del 26 de noviembre 2010. Ref.: Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01. MP: Pedro Octavio Munar Cadena

Esta excepción se hace consistir en el hecho de que se pretenden deducir consecuencias jurídicas de causas equivocadas.

En el presente asunto se pretende atribuir a la atención brindada en el servicio de urgencias el lamentable fallecimiento de la paciente Marina Jiménez Rozo, desconociendo que el mismo encuentra su origen en factores idiosincráticos imprevisibles e incontenibles como lo estableció con claridad el informe de necropsia rendido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Se trata de una circunstancia ajena, externa, impredecible e irresistible que necesariamente destruye el nexo de causalidad entre la atención brindada por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** y el daño deprecado.

En éste orden de ideas, resulta pertinente la siguiente cita:

“En lo referente a la imprevisibilidad, suele entenderse por tal aquella circunstancia respecto de la cual “no sea posible contemplar por anticipado su ocurrencia”, toda vez que “prever, en el lenguaje usual, significa ver con anticipación” entendimiento de acuerdo con el cual el agente causante del daño sólo podría invocar la configuración de la causa extraña cuando el hecho alegado no resulte imaginable antes de su ocurrencia, cuestión de suyo improbable si se tiene en cuenta que el demandado podría prefigurarse, aunque fuese de manera completamente eventual, la gran mayoría de eventos catalogables como causa extraña antes de su ocurrencia, más allá de que se sostenga que la imposibilidad de imaginar el hecho aluda a que el mismo jamás hubiera podido pasar por la mente del demandado o a que éste deba prever la ocurrencia de las circunstancias que resulten de más o menos probable configuración o a que se entienda que lo imprevisible está relacionado con el conocimiento previo de un hecho de acaecimiento cierto.

Sin embargo, el carácter imprevisible de la causa extraña también puede ser entendido como la condición de “imprevisto” de la misma, esto es, de acontecimiento súbito o repentino, tal y como lo expresan tanto el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, como el artículo 64 del Código Civil y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, de acuerdo con la cual “imprevisible será cuando se trate de un acontecimiento súbito, sorpresivo, excepcional, de rara ocurrencia”. La recién referida acepción del vocablo “imprevisible” evita la consecuencia a la cual conduce el entendimiento del mismo en el sentido de que se trata de aquello que no es imaginable con anticipación a su ocurrencia, toda vez que esta última comprensión conllevaría a que la causa extraña en realidad nunca operase, si se tiene en cuenta que prácticamente todos los sucesos que ocurren a diario ya han sido imaginados por el hombre.

No está de más señalar, en cualquier caso, que la catalogación de un determinado fenómeno como imprevisible excluye, de suyo, la posibilidad de que en el supuesto concreto concurra la culpa del demandado, pues si éste se encontraba en la obligación de prever la ocurrencia del acontecimiento al cual se pretende atribuir eficacia liberatoria de responsabilidad y además disponía de la posibilidad real y razonable de hacerlo, entonces los efectos dañinos del fenómeno correspondiente resultarán atribuibles a su comportamiento culposos y no al advenimiento del anotado suceso. Culpa e imprevisibilidad, por tanto, en un mismo supuesto fáctico, se excluyen tajantemente.

Así pues, resulta mucho más razonable entender por imprevisible aquello que, pese a que pueda haber sido imaginado con anticipación, resulta súbito o repentino o aquello que no obstante la diligencia y cuidado que se tuvo para evitarlo, de todas maneras acaeció, con

independencia de que hubiese sido mentalmente figurado, o no, previamente a su ocurrencia.”⁶ (Subraya y negrita fuera de texto)

QUINTA. CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

En el presente caso, como se ha reiterado a lo largo de este escrito, tanto el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, en todas sus dependencias y servicios, como sus profesionales y dependientes, cumplieron y cumplen los estándares nacionales e internacionales más estrictos de calidad y seguridad clínica y ajustaron su actividad a las recomendaciones adoptadas por la comunidad médica, a las mejores prácticas y a los lineamientos de los organismos de control de enfermedades más representativos.

El **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** es una institución que cumple con todos los estándares de calidad exigidos por la ley para autorizar su actividad en el campo de la prestación de servicios de salud. En efecto y para el caso que nos ocupa, la atención cuestionada se dio dentro de las instalaciones adecuadas, con los equipos necesarios y por los profesionales idóneos, garantizando siempre una actuación diligente, experta, prudente y de conformidad con los dictados de la ciencia médica y de los protocolos y guías de atención oficiales y/o institucionales.

Adicionalmente, es relevante mencionar que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** es una de las pocas instituciones de salud que en el país han logrado el máximo nivel dentro de la escala de medición de atributos de la calidad en la prestación de servicios de salud posible de obtener en el país, conformando el muy selecto y exclusivo grupo de instituciones acreditadas por el ICONTEC con su sello nacional de acreditación, de acuerdo con lo previsto en el artículo 41 del Decreto 1011 de 2006.

En efecto, dentro del universo de casi 10.000 instituciones prestadoras de servicios de salud autorizadas para prestar servicios a nivel nacional, por haber cumplido con los requisitos mínimos de calidad exigidos por la ley y que se denominan requisitos de habilitación; algunas han querido superar el estándar legal mínimo y someterse al escrutinio de un organismo imparcial externo que, a través de una dura prueba de comprobación de los más exigentes detalles de servicio, las termina calificando o no como instituciones de alta calidad.

SEXTA. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD POR PARTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

Tal como se analizó en el acápite del fundamento fáctico de la demanda, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, actuó de manera prudente y diligente durante la prestación de los servicios médicos requeridos por parte de la señora Marina Jiménez Rozo, sin que hubiese ningún tipo de falla en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de hospitalización.

EXCEPCIÓN GENÉRICA

Propongo la excepción conocida como genérica, de conformidad con la cual deben ser declaradas por el Juzgador todas aquellas excepciones, fundadas en la Ley y la

⁶ Sentencia del 26 de marzo de 2008. Consejo de Estado – Sala de lo contencioso administrativo – Sección Tercera. Consejero Ponente Mauricio Fajardo Gómez. Radicación número: 85001-23-31-000-1997-00440-01(16530)

Constitución, que resulten probadas, sin perjuicio de que hayan sido expresamente enunciadas en este escrito.

A LAS PRUEBAS

1. A LAS PRUEBAS SOLICITADAS MEDIANTE OFICIO:

El artículo 173 del Código General del proceso establece lo siguiente:

“Artículo 173. Oportunidades probatorias. Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello en este código.

En la providencia que resuelva sobre las solicitudes de pruebas formuladas por las partes, el juez deberá pronunciarse expresamente sobre la admisión de los documentos y demás pruebas que estas hayan aportado. El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente.

Las pruebas practicadas por comisionado o de común acuerdo por las partes y los informes o documentos solicitados a otras entidades públicas o privadas, que lleguen antes de dictar sentencia, serán tenidas en cuenta para la decisión, previo el cumplimiento de los requisitos legales para su práctica y contradicción.”

Con base en lo anterior, solicito al despacho rechazar las pruebas mediante oficios solicitadas.

2. A LA PRUEBA TRASLADADA:

El artículo 174 del Código General del proceso establece lo siguiente:

*“Artículo 174. Prueba trasladada y prueba extraprocesal. Las pruebas practicadas válidamente en un proceso podrán trasladarse a otro en copia y serán apreciadas sin más formalidades, **siempre que en el proceso de origen se hubieren practicado a petición de la parte contra quien se aducen o con audiencia de ella.** En caso contrario, deberá surtirse la contradicción en el proceso al que están destinadas. La misma regla se aplicará a las pruebas extraprocesales.*

La valoración de las pruebas trasladadas o extraprocesales y la definición de sus consecuencias jurídicas corresponderán al juez ante quien se aduzcan.”

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta que el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** no hizo parte del proceso penal cuyas pruebas pretenden ser trasladadas al presente asunto, solicito respetuosamente se rechace dicha solicitud, para garantizar el derecho de contradicción y de defensa que le asiste a mi mandante.

PRUEBAS

Solicito se admitan, decreten y practiquen, las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES:

Acompaño a la presente contestación los siguientes documentos para que sean tenidos como prueba dentro del proceso:

- 1.1 Copia completa de la historia clínica completa de la paciente Marina Jiménez Rozo. (1 archivo comprimido)
- 1.2 Videos de seguridad. (1 archivo comprimido con 13 videos de seguridad)
- 1.3 Carta expedida por Colviseg CVS respecto de la autenticidad de los videos aportados. (1 archivo PDF)
- 1.4 Comunicaciones con aviso de vulnerabilidad funcional remitidas a la Secretaría Distrital de Salud para la fecha de los hechos. (1 archivo PDF)
- 1.5 Derecho de petición radicado ante el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses por medio del cual se solicitó copia completa de la necropsia No. 2017010111001001864 realizada con ocasión del fallecimiento de la señora Marina Jiménez Rozo, junto con la respuesta dada por la entidad señalando que son documentos sometidos a reserva. (1 archivo PDF)
- 1.6 Respuesta entregada por la Fiscalía 11 Seccional Unidad de Delitos contra la Vida e Integridad Personal en la que informan que no es posible entregar el informe final de dicho documento y que la información debe ser solicitada directamente por el Juzgado. (1 archivo PDF)
- 1.7 Registro de ocupación de camas en urgencias. (1 archivo PDF)
- 1.8 Análisis realizado por el Dr. Jorge Luis Rodríguez Sarmiento, director del servicio de Patología del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**. (1 archivo PDF)
- 1.9 Análisis realizado por la Dra. Alejandra Cañas Arboleda, directora del Departamento de Medicina Interna del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**. (1 archivo PDF)
- 1.10 Análisis realizado por la Dra. Sandra Liliana Valderrama Beltrán, jefe de la Unidad de Infectología del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, respecto de la atención brindada desde el punto de vista de su especialidad. (1 archivo PDF)
- 1.11 Protocolo de aislamientos hospitalarios aplicable para el momento de los hechos. (1 archivo PDF)

2. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente la citación de los demandantes Héctor Lizarazo, Luz Yasmín Lizarazo Jiménez, Luz Dary Lizarazo Jiménez, Héctor Javier Lizarazo Jiménez y Héctor Andrés Morales Lizarazo, con el fin de interrogarlos sobre los hechos de la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE:

Solicito respetuosamente la citación de los doctores JOSÉ FERNANDO PARRA CÓRDOBA, CINDY ANDREA DÍAZ BECERRA, así como de los representantes legales del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO** y FAMISANAR EPS con el fin de interrogarlos sobre los hechos de la demanda.

4. TESTIMONIALES TÉCNICOS:

Solicito que se llamen a declarar, atendiendo su doble calidad de testigos de los hechos y de expertos, para que en audiencia y bajo juramento depongan sobre los hechos relatados en esta contestación, en especial todo lo que conozcan y esté relacionado con la atención de la señora Marina Jiménez Rozo, además de asuntos puntuales que mencionaré a continuación, a los siguientes profesionales de la medicina:

- 1.1. Doctor ALEXANDER CASTAÑEDA LADINO, médico especialista en Medicina Interna quien participó de la atención médica suministrada a la señora Marina

Jiménez, con el fin de que declare sobre sus patologías, el enfoque dado al caso, las razones de su hospitalización, y demás aspectos que conozca y sean relevantes para el proceso.

- 1.2. Doctora ANA MARÍA RUBIO VILLAMIZAR, médica especialista en Medicina Interna quien participó en la atención médica suministrada a la señora Marina Jiménez, con el fin de que declare sobre sus patologías, sobre la atención suministrada por la institución y demás aspectos que conozca y sean relevantes para el proceso.
- 1.3. Doctor ATILIO MORENO CARRILLO, médico especialista en medicina interna y medicina de emergencias, quien participó en la atención médica suministrada a la paciente, especialmente en el proceso de reanimación y quien además funge como Director de la Unidad de Urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, de manera que podrá explicar tanto los detalles de su intervención como asuntos propios del funcionamiento del servicio que resulten relevantes para esclarecer los hechos en cuestión,
- 1.4. Doctor JORGE LUIS RODRÍGUEZ SARMIENTO, médico patólogo director del servicio de patología, quien revisó la necropsia preliminar conocida por el **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, con el fin de que declare sobre las conclusiones a las que arribó en su análisis.
- 1.5. Doctora ALEJANDRA CAÑAS ARBOLEDA, médica internista, directora del Departamento de Medicina Interna del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, quien analizó el tema de la prescripción de medicamentos de la Sra. Jiménez Rozo – cuestionado en la demanda - y en consecuencia podrá aclarar sus objetivos terapéuticos, efectos e interacciones.
- 1.6. Enfermera profesional CATHERINE CÓRDOBA ROMERO, coordinadora de enfermería de urgencias del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, con el fin de que deponga sobre las conclusiones del análisis realizado, exponga las políticas internas de acompañantes de pacientes, visitas, operación y montaje de las salas de expansión, personal disponible y en general sobre muchos asuntos que en razón de sus estudios y cargo puedan contribuir a aclarar los hechos objeto de discusión.
- 1.7. Doctora Dra. JULIANA CORAL CASAS, médica especialista en neurología quien participó en la reanimación y atención del evento súbito sufrido por Marina Jiménez, y como integrante del equipo puede ofrecer información valiosa al Despacho sobre la forma en que se sucedieron los hechos objeto de debate.
- 1.8. Doctor JUAN CARLOS PUENTES, médico especialista en neurocirugía del **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO**, quien respondió la interconsulta por su especialidad y en consecuencia conoció de primera mano el caso clínico de doña Marina.

Los anteriores profesionales podrán ser ubicados directamente por mí, como parte interesada en la prueba, o a través de la Dirección General del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO**, ubicado en la Carrera 7 No. 40 – 62, Piso 8º, de la ciudad de Bogotá.

Sus correos electrónicos, para efectos de contacto directo del Despacho, serán suministrados en el momento en que se decreten las pruebas y se fije fecha para su participación.

5. DICTAMEN PERICIAL:

De conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso y en consideración a que el tiempo previsto para dar respuesta a la demanda resultó insuficiente para conseguir un dictamen médico especializado, me permito anunciar que (de conformidad con las

instrucciones recibidas de mi mandante) lo aportaré con posterioridad, en el momento en que su despacho admita y decrete la práctica de dicha prueba.

6. SOLICITUD DE DOCUMENTOS MEDIANTE OFICIO:

Teniendo en cuenta la respuesta que se acompaña a la presente contestación, entregada por la Fiscalía 11 Seccional Unidad de Delitos contra la Vida e Integridad Personal, en la que manifiestan que no es posible entregar el informe final de dicho documento y que la información debe ser solicitada directamente por el Juzgado, solicito al despacho que se OFICIE tanto a la FISCALÍA 11 DELEGADA ANTE LOS JUECES PENALES DEL CIRCUITO como al INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, para que remitan con destino al proceso la necropsia No. 2017010111001001864 realizada con ocasión del fallecimiento de la señora Marina Jiménez Rozo y su complementación.

La Fiscalía 11 delegada ante los Jueces Penales del Circuito podrá ser oficiada en la Carrera 28ª No. 18ª – 67 Piso 3 Bloque A Complejo Judicial Paloquemao en la ciudad de Bogotá.

El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses puede ser oficiado en la Calle 7A No. 12A-51, Bogotá, Colombia.

ANEXOS

Con esta respuesta acompaño los anexos indicados en el acápite de pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

Mi representado las recibe en su sede principal ubicada en la Carrera 7 # 40 – 62 de Bogotá y en el correo electrónico para notificaciones secretariageneralyjuridica@husi.org.co

Y la suscrita apoderada judicial principal en la Secretaría de su Despacho, en mi oficina de abogada ubicada en la Carrera 4B No. 59 - 47, teléfonos (601) 2486162 y (601) 3459128 de la ciudad de Bogotá y en los correos electrónicos para notificación presidencia@amdebrigard.com info@amdebrigard.com

La apoderada suplente, Dra. ADRIANA GARCIA GAMA, las recibe en la misma dirección de oficina de la suscrita y en su correo electrónico adrianagarcia@amdebrigard.com

Del señor Juez respetuosamente,



ANA MARÍA DE BRIGARD PÉREZ
C.C. No. 51.699.955 de Bogotá
T.P. No. 44.980 del C. S. de la J.
presidencia@amdebrigard.com