

Señor:

JUEZ CINCUENTA Y TRES (53) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

J53cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REF.: *CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA*****

TIPO DE PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE MAYOR CUANTÍA

PROCESO: 11001310301820240019000

DEMANDANTE: INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT

DEMANDADO: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, CLÍNICA DE MARLY Y MAURICIO TOSCANO HEREDIA

SHIRLEY LIZETH GONZÁLEZ LOZANO, mayor y vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía N° 1.018.438.856 expedida en Bogotá D.C., y titular de la T.P. No. 244.256 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada judicial de la Entidad denominada CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR en su programa de Entidad Promotora de Salud EPS, en adelante se referenciará como **COMPENSAR EPS**, identificada con Nit. No. 860066942-7, representada legalmente por el Dr. LUIS ANDRÉS PENAGOS VILLEGAS, mayor de edad, domiciliado en esta ciudad e identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 71.724.156 de Medellín, demandada en el proceso de la referencia, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. en la Avenida 68 No. 49 A – 47, en ejercicio del poder que legalmente me fue otorgado a través de Escritura Pública No. 13144 del 15 de Diciembre de 2015 en la Notaría Treinta y Ocho (38) del Círculo de Bogotá D.C. que se allega con el presente escrito, por medio del presente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA DE RESPONSABILIDAD CIVIL** formulada ante usted, por : INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT en contra de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, CLÍNICA DE MARLY Y MAURICIO TOSCANO HEREDIA, dentro de las calidades civiles anotadas en la demanda, de la siguiente manera:

I. DE LA CONTESTACIÓN DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

En el mismo orden en que fueron planeados los fundamentos fácticos en el libelo introductorio de la demanda, procederé a contestarlos, así:

AL HECHO PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO, en la medida que en que la señora demandante ha estado afiliada al Plan de Beneficios de Salud de manera interrumpida y en múltiples calidades desde el año 2006 mientras que de acuerdo a certificado de afiliación histórico su afiliación al Plan Complementario se dio desde el 14 de enero de 2014.

AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado y a continuación se pasan a exponer las razones:

Lo primero que se debe advertir es que previo a las consultas de diciembre de 2014 que dice haber tenido la demandante en la Clínica de Marly, se reportó una consulta médica en las USS COMPENSAR del 17 de agosto de 2013 donde existió el hallazgo de orina en la sangre (hematuria).

Luego de esta, llama la atención otra consulta médica de 18 de octubre de 2014 en donde se leen los resultados de una ecografía, en donde entre otros, se encuentra el hallazgo de una anovulación crónica.

Posteriormente, se evidencia en historia clínica que la paciente consultó el día 13 de diciembre del 2014 por Medicina General, por el motivo consulta. "Me duele la Espalda". Se documentó paciente de 33 años con sospecha de discopatía lumbar con radiculopatía, paciente quien ya se realizó RMN en quien está pendiente reporte, refirió persiste con dolor.

Ahora bien, de acuerdo a la historia Clínica de 19 de diciembre de 2024 de la Clínica Marly, se observa que NO ES CIERTO que a esa fecha estuviera pendiente el resultado de la RM, sino que por el contrario se dejó anotado que: "...*TRAE RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA QUE PRESENTA ABONBAMIENTO CENTRAL DE L5-S1 CON DISMINUCIÓN LEVE DE FORAMENES INTERVERTEBRALES*". Es por ello que desde esa consulta se decide inicio de esquema analgésico (diclofenaco, tramadol) y valoración por la especialidad por ortopedia posterior al mismo para el manejo adicional.

AL HECHO TERCERO: ES CIERTO, El 20 de diciembre del 2014, Medicina General reportó los resultados de la Resonancia Magnética realizada el 10/12/14 cuyos hallazgos fueron una discopatía lumbar a nivel de L3-L4 Y L4-L5 y a nivel L5-S1 un abombamiento asimétrico izquierdo del disco intervertebral que indenta el saco dural y causa disminución parcial de agujero de conjunción y desplaza la raíz de L5, razón por la cual se remitió la paciente a Neurocirugía.

AL HECHO CUARTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues se observa en la historia clínica que el 30 de diciembre de 2014 la paciente asistió a urgencias de la CLÍNICA DE MARLY con un fuerte dolor y además del manejo analgésico y la remisión de ortopedia, allí le ordenaron un ciclo de 10 sesiones de fisioterapia que tal y como se probará es el plan de manejo conservador e inicial para la patología que la paciente padecía, mismo que esta descrito y aceptado por la literatura médica, luego de estas y de acuerdo a su evolución se decide si el mismo se escala o persiste por un tiempo en espera de evolución y mejoría del dolor.

AL HECHO QUINTO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado toda vez que antes de una eventual consulta por urgencias entre el 20 y el 23 de febrero de 2015 ante la CLÍNICA DE MARLY, debe decirse que se reportó una consulta médica por medicina general en una USS de COMPENSAR en donde se describe que al realizarse una gammagrafía a la paciente se realizó un hallazgo incidental probablemente de un divertículo vesical. Agregó el facultativo que la paciente quien continuó con dolor crónico a nivel lumbosacro irradiado a región pélvica, asociado a síntomas urinarios irritativos, en el contexto de la paciente se decidió iniciar manejo profiláctico para IVU (Infección de vías urinarias) urocultivo y control con urología.

Ahora bien y particularmente sobre las consultas realizadas al servicio de urgencias de la CLÍNICA DE MARLY el 09 de enero y el 20 y 23 de febrero de 2015 se observa que en efecto acudió por fuertes dolores en las cuales se dio manejo para el dolor, orden de terapias físicas y remisiones al especialista de ortopedia o columna.

AL HECHO SEXTO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado toda vez que antes de una consulta con el Dr. MAURICIO TOSCANO se evidencia que existieron consultas médicas suministradas más o menos para los tres primeros trimestres del año 2015 en las cuales la paciente manifiesta padecer desde ese momento y por sus patologías dolor incapacitante que inclusive afecta su psiquis y la lleva a que fuera remitida a psiquiatría. Veamos:

- El 4 de marzo de 2015 es valorada por anestesiología quien deja anotado que esta medicada para el dolor con diclofenaco, tramadol y Morfina y no hay ninguna respuesta, se encuentra en fisioterapias, el dolor es permanente y tiene limitación funcional por lo que decide remitir a la paciente a junta de columna para la toma de decisiones.

- El **22 de abril de 2015** acude al servicio de psiquiatría en la cual se diagnostica DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO.

Tal y como se probará, el trastorno somatomorfo consiste en la presencia de uno o más síntomas crónicos físicos pero que se encuentran acompañados de niveles desproporcionados de angustia, preocupaciones y dificultades en sobrellevar la vía con esos síntomas.

- El **29 de abril de 2015** nuevamente asiste a consulta por la especialidad de anestesiología en donde se insiste que el dolor es permanente y presenta limitación funcional y que se encuentra con tramadol gotas.
- El **4 de mayo de 2015** asiste a consulta por psiquiatría en donde se reporta que la paciente fue vista por cirugía de columna en la cual se definió que si bien hay alteraciones en columna no son quirúrgicos en el momento. Se deja anotado como diagnóstico "OBSERVACION POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO".
- En valoración por Anestesiología del **12 de junio del 2015**, se registró que la paciente fue remitida a neurocirujano, quien le indicó que no ameritaba cirugía y que debía continuar manejo con analgésicos y terapia física.

Como la paciente no mejoró, fue remitida nuevamente al neurocirujano quien la presentó en junta médica y la consideraron que no era candidata a cirugía y la enviaron a clínica del dolor para un posible bloqueo pero el Dr. Patiño consideró que el bloqueo no estaba indicado y le prescribió continuar con el tratamiento médico.

Así mismo, se registró que la paciente fue evaluada por médico psiquiatra, quien formuló Imipramina, pero la paciente lo suspendió por persistencia del dolor.

En dicha nota médica se reportó paciente quien "*se queja de dolor en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda, en la cara posterior del muslo y se extiende hasta los dedos del pie izquierdo*". Dice que los dedos del pie "*se paralizan*". Dice que la piel de la extremidad se siente "*como dormida*". Dice que a veces no le obedecen bien y que esta coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza.

A la Revisión por Sistemas, se documentó en el sistema Genitourinario: "Ha tenido varios episodios de urolitiasis".

Se anotaron las impresiones Diagnósticas: DOLOR EN LA COLUMNA DORSAL. F454 TRASTORNO DE DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO.

Se reportó dolor lumbar crónico inespecífico de causa no establecida. Tiene discopatías pero no hay signos radiológicos ni clínicos de compresión radicular. Tampoco tiene características clínicas o imagenológicas de espondiloartrosis. Hay datos que sugieren un fuerte componente somatomorfo, que en mi concepto es predominante.

Se deja anotado por el médico que le explica a la paciente que está de acuerdo con el doctor Patiño y que en su caso la posibilidad de que un bloqueo diagnóstico sea de ayuda es casi nula. Deja anotado que piensa que se debe calificar origen y definir reincorporación laboral. Se explica la situación a la paciente pero ella insiste que la junta médica y su neurocirujano recomendaron realizar el bloqueo. Se

advierten riesgos y beneficios de este tratamiento. Dice que entiende y acepta. Se emite orden de bloqueo epidural.

- El **22 de junio de 2015** se realiza el primer bloqueo.
- En consulta del **27 de junio del 2015**, se registró dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo, más parestesias, con disminución de la fuerza. Se inició manejo sintomático y posteriormente de acuerdo con evolución se consideró egreso y control con médico tratante.
- El **30 de junio de 2015** tenía cita programada de psiquiatría pero no asistió.
- El día **19 de agosto de 2015** acude a consulta por la especialidad de anestesiología e informa que está peor y que el bloqueo epidural le empeoró el dolor. Informa que estuvo en urgencias, le ordenaron una nueva RMN de columna que según esta
- mostró discopatía con compresión de la raíz de L5 izquierda y fue remitida al neurocirujano llamado Dr. Toscano, quien le dio orden de bloqueo foraminal de L5-S1 izquierdo. Tiene pendiente realizar este procedimiento el día de hoy en la Clínica de Marly. Actualmente toma morfina 8 gotas cada 12 horas, formulada por neurocirujano de Palermo. Con ello el dolor alivia muy poco.

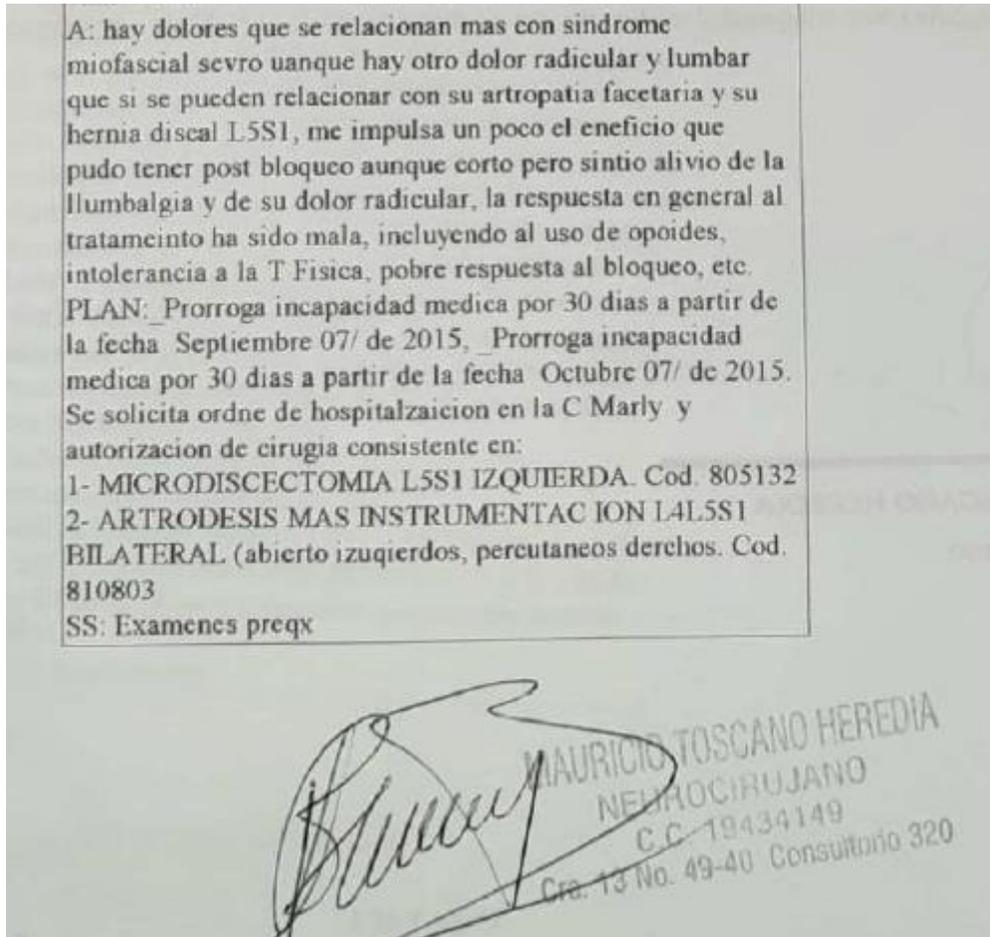
En esta oportunidad el médico tratante conceptuó que como era de esperarse el bloqueo epidural fue negativo. El neurocirujano ordenó bloqueo Foraminal y debe definir manejo quirúrgico. Los datos sugerían fuerte componente somatomorfo y la evolución lo reafirma. No es buena candidata para estar tomando morfina de manera crónica. Se aconsejó suspender la morfina y se formuló acetaminofén + hidrocodona 5 mg cada 8 horas, con orden de control en 3 meses.

- El día **19 de agosto del 2015** se realizó bloqueo simpático lumbar (Bloqueo foraminal L5-S1 izquierdo), procedimiento sin complicaciones.
- El **31 de agosto de 2015** nuevamente acude a control por anestesiología en el cual se deja reportando que a pesar de habersele realizado dos bloqueos no ha obtenido respuesta a su dolor, por lo que se reformula y se cita a control en un mes.
- En atención del **01 de septiembre del 2015**, la paciente consulta por lumbalgia, también se documentó que la paciente había consultado por el mismo cuadro clínico y que no hay mejoría del dolor con el tratamiento suministrado. Se reportó imagen diagnóstico que descartó procesos compresivos, razón por la cual se administró analgesia y por posterior evolución satisfactoria se consideró egreso.
- El **28 de septiembre de 2015** nuevamente acude a anestesiología en donde se deja anotado que a pesar de habersele realizado dos bloqueos no ha obtenido respuesta a su dolor, por lo que se remite a su médico tratante para que defina una posible cirugía ante la poca respuesta al manejo por clínica de dolor.
- Mientras todo ello sucedía y de manera paulatina el Dr. Mauricio Toscano valoraba a la paciente en su consultorio a quien luego de agotar todo el plan de manejo conservador descrito por la literatura: terapia física, analgesia, bloqueos y al no encontrar una mejoría al respecto de su dolor permanente y crónico decidió escalarlo a la cirugía tal y como lo describe la lex artis.

AL HECHO SÉPTIMO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado pues de ninguna manera y como se quiere hacer ver por el extremo actor, el Dr. Mauricio Toscano Heredia

tomó la decisión de realizar el procedimiento quirúrgico de manera prematura y sin estar indicada, pues tal y como se evidenció en la contestación al hecho anterior, previo a la decisión de manejo quirúrgico la paciente estuvo tratada por un grupo interdisciplinario compuesto por psiquiatras, fisiatras, fisioterapeutas, anestesiólogos, médicos generales, neurocirujanos quien de manera individual y en juntas intentaron que a través del manejo médico conservador con analgesia, terapias físicas y bloqueos la paciente tuviera mejoría. Pese a ello, esta manifestaba que empeoraba el dolor y que era un dolor fuerte, crónico, permanente y limitante razón por la cual el Dr. Toscano Heredia de manera pertinente y oportuna y al haber referido un poco de mejoría con el segundo bloque, decidió escalar su plan de manejo a una cirugía, al no existir otra opción terapéutica adicional para ofrecerle a la paciente.

Así se indicó en su valoración médica del 6 de octubre de 2015:



AL HECHO OCTAVO: ES PARCIALMENTE CIERTO, en la medida en que si bien el 13 de noviembre de 2015 se realizó el procedimiento quirúrgico de artrodesis lo cierto, es que el mismo se practicó posterior a la suscripción del consentimiento informado, sin complicación alguna y de acuerdo a las técnicas y actos quirúrgicos que describe la lex artis para este tipo de procedimientos.

Aunado a lo anterior, el 13 de noviembre de 2015 se describió en nota médica que la paciente tenía un posoperatorio satisfactorio, disminuyendo progresivamente la lumbalgia, sin dolor radicular, con buen control de esfínteres. Se realizó RX de control en columna lumbosacra encontrándose material de osteosíntesis en buena posición.

AL HECHO NOVENO: NO ES CIERTO. Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente si refirió mejoría tanto así que en la historia clínica de 13 de noviembre de 2015 la lumbalgia disminuyó progresivamente posterior a la cirugía quedando en posición los tornillos y tal y como se observa casi durante un año no tuvo queja o molestia en sus consultas médicas.

Se observan valoraciones psotquirurgicas por parte del Dr. Mauricio Toscano de 15 de enero de 2016, 4 y 15 de febrero, 31 de marzo y 4 de mayo de 2016 en donde se deja anotado que se encuentra en un postoperatorio satisfactorio, ha venido disminuyendo el dolor lumbar y la movilidad de los miembros inferiores y se moviliza mejor.

En consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de 19 de julio de 2016 se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena posición, que se recuperó espacio intervertebral L5-S1, que no presenta listesis, ni segmento adyacente, ni hipolordosis ni escoliosis. Pese a ello, solo desde esta misma consulta y la de 02 de junio de 2016 y por primera vez después de la cirugía se reporta la reaparición de los síntomas relacionados con el dolor radicular y quemazón, veamos

Bogota- Colombia	CONTROLES		2450557
Fecha:	lunes, 18 de julio de 2016 08:13:43 p.m.		3436600
	19/07/2016	<i>Compensar</i> <i>CCFJ</i>	
Descripcion	<p>Contrl POP Artrodesis L4L5S1 bilateral percutanea en Nov. 13/15</p> <p>Se revisa RX LUMBOSACRA de control de mayo 17/16 que comparativamente con al de Febrero 03/16 sin cambios, con tornillo pediculares L4L5S1 bilaterales en buena posicion, TLIF bien, recuperacion del espacio intervertebral L5S1, no listesis, no segmento adyacente, hipolordosis lumbar, no escoliosis.</p> <p>Ha persistido con la lumbalgia intensa tipo picada intensa, luego sensacion de ardor y quemazon mayor dolor en la marcha y sedestacion, menos dolor en decubito cambiando de posicion, refiere que cada vez es peor el dolor, EVA 8/10, 2 veces a la semana 10/10, habia desaparecio el dolor radicular de los MMII el cual se reactivo hace 1 mes con aprestesais, persiste sensacion de debilidad de MII, tolera deambulacion, hace 2 meses dolor del MSD tipo quemazon. Ha tomado Lyrica sin mejoría, alivio con Morfina antes de la cirugía.</p> <p>EF: Peso 73 kgr ha bajado 13 kgr de peso. IMC 26.8 herida</p>		

AL HECHO DÉCIMO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado. Téngase en cuenta que la paciente reconsulta el **30 de junio de 2016** porque le duele los brazos y se le duermen razón por la cual se le ordena una electromiografía la cual se realiza el 21 de julio de 2016 la cual no muestra neuropatías ni radioculopatías.

Recordemos que en consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de **19 de julio de 2016** se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena posición, que se recuperó espacio intervertebral L5-S1, que no presenta listesis, ni segmento adyacente, ni hipolordosis ni escoliosis.

El **1 de agosto de 2016** la paciente es valorada por anestesiología, consulta en la cual se deja reportado que acude por dolor lumbar crónico con fallo a múltiples estrategias analgésicas y de intervención instauradas. En evaluaciones por Clínica del Dolor se ha considerado pobre respuesta y pobre pronóstico limitando indicaciones analgésicas por catastrofización por lo que lo único que fue posible ordenarle fue un manejo analgésico ajustado a seguridad cardiovascular, renal y gastrointestinal.

El **4 de agosto de 2016** la paciente es quien le informa en consulta de fisioterapia a la profesional que es semidependiente pues debe pedir ayuda para el baño y para verter

miembros inferiores, sin embargo, en consulta de **1 de septiembre de 2016** el Dr. Toscano deja anotado el resultado de una imagen diagnóstica de 11 de junio de 2016 en donde se observa cambios quirúrgicos L5-S1 no compresivos, material quirúrgico en buena posición. Así las cosas, el médico especialista deja anotado algo que llama la atención, y es que existe una clara incongruencia entre los síntomas refractarios de dolor manifestados por la paciente que no mejoraron con ningún tratamiento y los resultados de la imagen diagnóstica, de manera tal que remite a la paciente para que continúe su manejo por clínica del dolor.

De esta manera, se observa que la paciente si refirió mejoría posquirúrgica inmediata e inclusive por mucho meses (casi un año) y que la reaparición de dolor y limitación funcional corresponde a la misma que ya presentaba antes de la cirugía, pero que no tenían concordancia con los resultados de las imágenes diagnósticas que se realizaron para mayo y junio de 2016.

AL HECHO DÉCIMO: ES CIERTO PERO SE ACLARA, que la paciente previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 ya había presentado infecciones urinarias recurrente, urolitiasis, hematuria (sangre en la orina), un diagnóstico presuntivo de anovulación crónica y de un divertículo vesical.

AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: NO ES CIERTO el hecho como está narrado pues si bien se observa una consulta por psiquiatría particularmente para el 15 de septiembre de 2016, lo cierto es que el componente psiquiátrico de la paciente no surgió posterior a la cirugía de noviembre de 2015, sino que el mismo surgió previamente cuando fue diagnosticada por esa especialidad con DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO Y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO toda vez que la paciente no podía manejar desde el punto de vista mental los dolores que padecía como consecuencia de su patología de base en columna.

De igual forma, se advierte que **NO ES CIERTO**, que posterior al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 la paciente hubiera quedado semindependiente sin poder trabajar, pues previo a esta y por su propia patología la señora INGRID ya presentaba dependencia grave y notable, limitaciones físicas, dolor fuerte y crónico y afectación psíquica, misma que fue descrita en las siguientes historias clínicas:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	13/12/2014	Síntomas de Dolor Lumbar 8/10 que se agudiza con caminata de largas distancias.
USS COMPENSAR	20/12/2014	Paciente con escala numérica de dolor de 8/10.
USS COMPENSAR	19/01/2015	Paciente persiste con dolor crónico
USS COMPENSAR	02/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en región lumbar calificado en 10/10 EAV permanente - Postura: inclinación del tronco hacia la izquierda y pelvis en ante versión abdomen protruido. - ROM limitado por dolor. - Edema en espinales bajos - Retracciones severas en cadena posterior - Limitación funcional moderada a severa - Neurológico: disestesias en dermatomas I5 s1 derecho e hipoestesia en MID predominio distal.
USS COMPENSAR	10/02/2015	Paciente continua con dolor crónico a nivel lumbosacro irradiado a región pélvica
USS COMPENSAR	16/02/2015	No hay mejoría de dolor ha incrementado además presenta parestesias costeadas en pierna izquierda, hipoestesia en dermatomo I5 s1

USS COMPENSAR	03/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadro de 5 meses de evolución de dolor en región lumbar de intensidad moderada a severa 9/10 constante, con irradiación a miembro inferior izquierdo, con sensación de calambre y corrientazo, dolor tipo ardor. - Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	22/04/2015	Paciente con dolor lumbar incapacitante
USS COMPENSAR	29/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional.
USS COMPENSAR	12/06/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Fue evaluada por médico psiquiatra, quien según la paciente le formuló pastillas de imipramina para sustituir el tramadol, pero la paciente lo continuó tomando porque dice que seguía con mucho dolor. - Dice que es auditora y que debe cargar una maleta muy pesada y por ello no puede seguir en la misma actividad. - Se queja de dolor en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda, en la cara posterior del muslo y se extiende hasta los dedos del pie izquierdo. Dice que el dolor en la cintura es como picadas. El dolor en la cara posterior del muslo es como un peso y como quemadura por dentro. Dice que los dedos del pie "se paralizan". Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10. - Duerme mal porque el dolor no la deja acomodarse en la cama. - La tienen que ayudar a pararse después de estar mucho rato sentada. - Dice que no puede caminar más de 5 cuadras. - Psiquiátrico: Tiene folder con muchos documentos médicos. Insiste en que se debe realizar un bloqueo lumbar por indicación del neurocirujano. Algunas respuestas son confusas o contradictorias y no coinciden con los registros escritos del Vitasys. - Hay datos que sugieren un fuerte componente somatomorfo, que en mi concepto es predominante.

AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO el hecho como está narrado pues si bien se observa una consulta por psiquiatría particularmente para el 15 de septiembre de 2016, lo cierto es que el componente psiquiátrico de la paciente no surgió posterior a la cirugía de noviembre de 2015, sino que el mismo surgió previamente cuando fue diagnosticada por esa especialidad con DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO toda vez que la paciente no podía manejar desde el punto de vista mental los dolores que padecía como consecuencia de su patología de base en columna.

Aunado a lo anterior, **NO ES CIERTO** que en la consulta de 15 de septiembre de 2016 se haya descrito ideación suicida e ideas de muerte pues precisamente allí se dejó anotado si tenía esas ideas y la paciente respondió que No: *“Se interroga respecto a ideas de muerte o de suicidio pero no las refiere”*

De igual forma se observa que **NO ES CIERTO** que después de la cirugía realizada en noviembre de 2015 hubiera empezado a presentar problemas de sueño, pues tal y como se observa en historia clínica de 12 de junio de 2015 la paciente ya venía presentando problemas de sueño:

Evolución y Control

Duele de dolor en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda extiende hasta los dedos del pie izquierdo. Dice que el dolor en la cintura es posterior del muslo es como un peso y como quemadura por dentro. Dice que *“zan”*. Dice que la piel de la extremidad se siente *“como dormida”*. Dice que *“de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es 9/10 vas. Duerme mal porque el dolor no la deja acomodar en la cama. No dice que a veces la tienen que ayudar a pararse después de estar mucho rato pararse más de 5 cuerdas. Dice que no puede hacer labores domésticas por recostarse. Dice que el dolor le cabía en el genio peor que desde que está en tratamiento mucho “para que el dolor no la consuma”*.

AL HECHO DÉCIMO TERCERO: NO ES CIERTO el hecho como está narrado pues el componente psiquiátrico de la paciente no surgió posterior a la cirugía de noviembre de 2015, sino que el mismo surgió previamente cuando fue diagnosticada en el año 2015 por la especialidad de psiquiatría con DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO toda vez que la paciente no podía manejar desde el punto de vista mental los dolores que padecía como consecuencia de su patología de base en columna.

AL HECHO DÉCIMO CUARTO: NO ES CIERTO el hecho como está narrado pues el componente psiquiátrico de la paciente no surgió posterior a la cirugía de noviembre de 2015, sino que el mismo surgió previamente cuando fue diagnosticada en el año 2015 por la especialidad de psiquiatría con DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO toda vez que la paciente no podía manejar desde el punto de vista mental los dolores que padecía como consecuencia de su patología de base en columna. De hecho, llama la atención como en esta consulta de 1 de noviembre de 2016 se confirma el componente somático diagnosticado desde el año 2015: *“El componente somático es comórbido de síntomas depresivos y ansiosos”*

AL HECHO DÉCIMO QUINTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues el trastorno de adaptación y estilo de vida por condicionales de salud se desencadenó a partir de los diagnósticos psiquiátricos de DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO que ya se habían diagnosticados previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015.

AL HECHO DÉCIMO SEXTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, en la medida en que si bien el 18 de noviembre de 2016 se entrega certificado de movilidad lo cierto es que la paciente ingreso por sus propios medios y en buen aspecto general.

AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues si bien en la consulta de 21 de noviembre de 2016 se formuló bastón para traslado seguros, lo cierto es que antes del procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 la paciente ya requería de ayuda para levantarse de la silla, tenía sensación de inestabilidad de cuello de pie, limitación funcional y no podía caminar más de 5 cuerdas, entre otros tal y como se evidenció en la contestación al hecho décimo primero.

AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: NO ES CIERTO, el hecho como está planteado pues el 28 de noviembre de 2016 NO se diagnosticó vejiga neurogénica, sino que más bien se sospechó la vejiga neurogénica, misma que fue descartada en valoración del 26 de octubre de 2020 por el Dr. Miguel Berbeo, médico neurocirujano quien indicó que la pérdida de control de esfínteres no se explica por los hallazgos en las imágenes diagnósticas realizadas en cerebro (RMN de cerebro) y en columna cervical y torácica que arrojaron resultados normales sin lesiones compresivas:

Revisión por Sistemas y Examen Físico : ***** SIGNOS VITALES ***** ***** EXAMEN FÍSICO POR REGION *****
 ***** REVISIÓN POR SISTEMAS *****

Análisis : EL CUADRO CLINICO ACTUAL NO CONFIRMA DEFICIT NEUROLOGICO MOTOR OBJETIVO AUNQUE SI SENSITIVO INCLUYENDO LASEGUE IZQUIERDO. APARENTE TRAYECTO ANOMALO DEL TORNILLO DE S1 IZQUIERDO QUE EXPLICARIA PARTE DEL CUADRO. NO TENGO EXPLCIACION PARA LA ALTERACION DE ESFINTERES. NLA RMN NO LO EXPLICA Y REFIERE ESTUDIOS DE COL TORACICA, CERVICAL Y CEBREO SIN COMPRESIONES NEURALES. SE EXPLCIA SITUACION. SE DECIDE SOLICITAR TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA, ORTOGRAMA, RX DINAMICAS COL LUMBOSCARA, VALORACAION POR RERUMATOLOGIA.

En todo caso y tal como se probará, la pérdida de control de esfínteres no puede ser atribuible a la realización del procedimiento quirúrgico realizado en noviembre de 2015, pues dicha intervención se realizó en discos intervertebrales diferentes a los que se encuentran en el nivel de control de esfínteres.

AL HECHO DÉCIMO NOVENO: NO ES CIERTO por lo dicho en la contestación al hecho anterior.

AL HECHO DÉCIMO VIGÉSIMO: NO LE CONSTA a mi representada toda vez que se trata de un procedimiento médico que no realizó directamente y cuya historia clínica se encuentra en custodia de la IPS conforme lo indicado en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999.

AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado, pues tal y como se expuso en la contestación al hecho décimo primero, previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 la señora INGRID JOHANNA ya presentaba a una afectación a la vida de relación, pues no podía trabajar, no podía caminar grandes distancias, tenía una limitación funcional, tenía afectado el patrón de sueño, soportaba un dolor crónico de 9/10 e inclusive requería ayuda para levantarse, ya tenía una afectación psiquiátrica de tipo somático, condiciones estas que no fue diferentes posterior a la cirugía por el curso normal de su enfermedad.

AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado pues en estricto sentido el cuerpo médico determinó que la paciente no tenía pie caído y que muchos menos requería de ortesis, bastón o cualquier otra ayuda para desplazarse por las razones detalladas que se pasan a exponer:

- Lo primero que se debe indicar es que previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 se estableció la debilidad que presentaba la paciente en su pie izquierdo producido por su propia patología, situación está que es totalmente diferente a presentar pie caído, patología que no tiene la paciente como más adelante se verá.

Veamos las veces en que se describió la debilidad en el pie izquierdo antes de la cirugía de nov. De 2015:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	16/02/2015	presenta parestesias costeantes en pierna izquierda, hipoestesia en dermatomo l5 s1

USS COMPENSAR	03/03/2015	- Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	- El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	12/06/2015	Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10.

- Ahora bien, posterior al procedimiento quirúrgico se dejan múltiples anotaciones donde se evidencia que la paciente no tiene pie caído, si se tiene en cuenta que se reporta marcha antálgica (marcha por dolor) pero no marcha en estepaje (por pie caído), sumado a que se reporta marcha en talones lo cual sería imposible en un pie caído:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	09/09/201	Marcha antalgica
USS COMPENSAR	01/10/2016	Marcha adecuada
USS COMPENSAR	06/10/2016	Marcha en puntas con dolor, marcha en talones con dolor
USS COMPENSAR	19/10/2016	Marcha antalgica sin ayuda externa
USS COMPENSAR	02/11/2016	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	21/11/2016	CON TRANSTORON DE MARCHA POR DOLOR
USS COMPENSAR	16/12/2016	: Ingresa con su esposo (Victor Galindo). Marcha con muleta canadiense, la cual maniobra de manera atípica.
USS COMPENSAR	06/01/2017	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	06/01/2017	: EXISTE PATRON DORSIFLEXOR Y PLANTIFLEXOR DE PIE, QUE EN LA MARCHA SE AGOTA POR DOLOR LUMBAR
USS COMPENSAR	10/02/2017	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	06/04/2017	Marcha antálgica

Todo lo anterior es conformado con la valoración realizada por la Dra. Claudia Liliana Robayo, médica especializada en fisiatría el 27 de julio de 2021 en la cual indica que la paciente **NO TIENE PIE CAIDO** y que por lo tanto no cuenta con criterios para uso de ortesis de ayuda en la marcha como OTP (ortesis tibiopedica) y ordena fisioterapia para reentrenamiento de la marcha por disminución de la masa muscular por desuso:

Episodio : 34226137

Paciente : INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT

Identificación : CC - 52794764

Historia Clínica de Ingreso

Clasificación	: Diag. Principal
Tipo	: Confirmado Repetido
Finalidad Consulta	: No Aplica
Causa Externa	: Enfermedad general

Analisis y Plan

PACIEWNT EOCN IDX ANOTADO QUEIN EN EL MOMENTRO NO ENCUESTRO CRITERISO PARA USODE OTP NO TIEN PIE CAIDO CONSIDEWRO QUESE BENEFICIA DE TEPRIA FIISCA PARA RENETRNEMANITO EN MARCHA Y PROPIOPCECIOSN ADEMÁS SE SOLCIT AEDX D EMMSS EVLAUR STC PATOLOGIA DE SOBRE USO PORT USO PROLONGADOIDE AYUDA PARA LA AMRCHA

Clasificac.de la Atención	: Consulta Externa
---------------------------	--------------------

Responsable Firmar

No. Interlocutor	: 2000012425
Responsable	: ROBAYO MONTAÑA CLAUDIA LILIANA
Registro	: 52800785
Especialidad	: MEDICINA FISICA REHABILITACION

Fecha	: 27.07.2021	Hora	: 13:06
-------	--------------	------	---------

AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO. NO ES CIERTO, pues tal y como se demostró para la consulta del 27 de julio de 2021 se indicó que la paciente no tenía pie caído y que mucho menos requería de ayudas para su movilización, más bien debía realizar terapias para reacondicionar su marcha.

AL HECHO VIGÉSIMO CUARTO: NO ES CIERTO el hecho como está planteado pues previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 la paciente ya presentaba una afectación mental por su patología osteomuscular y había sido diagnosticada con DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO y OBSERVACIÓN POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO.

AL HECHO VIGÉSIMO QUINTO: ES PARCIALMENTE CIERTO, en la medida en que si bien el Dr. Enrique Osorio recomendó colocación de Neuro estimulador espinal T9-11 realizándolo en Septiembre 27 al 29 de 2017 para mejoría del dolor, lo cierto es que se insiste en que la paciente no tenía pie caído y por ende no requería del uso de ayudas para el desplazamiento como la ortesis o bastón conforme lo dicho por la especialidad de fisiatría en historia clínica de 27 de julio de 2021.

AL HECHO VIGÉSIMO SEXTO: NO ES CIERTO pues en la historia clínica de 20 de noviembre de 2020 no se observa que el Dr. Berbeo haya manifestado que los tornillos se encontraban comprimiendo un nervio o la médula y que dicha situación haya ocurrido durante 5 años sin que se dieran cuenta.

Por el contrario, en el en el postoperatorio inmediato de noviembre de 2015 y en múltiples oportunidades el Dr. Toscano ordenó la realización de imágenes diagnósticas para verificar que el material de osteosíntesis hubiera quedado en una posición adecuada los cuales evidenciaron tal situación y jamás mostraron que los mismos estuvieran tocando una raíz nerviosa o la medula. Así se puede ver en las historias clínicas. Por ejemplo, el 13 de noviembre de 2015 se describió en nota médica que la paciente tenía un posoperatorio satisfactorio, disminuyendo progresivamente la lumbalgia, sin dolor radicular, con buen control de esfínteres. Se realizó RX de control en columna lumbosacra encontrándose material de osteosíntesis en buena posición. Por su parte, En consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de 19 de julio de 2016 se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena

posición, de manera tal que los tornillos fueron dejados en una buena posición en el procedimiento quirúrgico de 15 de noviembre de 2015.

La soltura o fractura de los tornillos o el material de osteosíntesis es un riesgo inherente al procedimiento realizado en noviembre de 2015, pues el injerto va consolidando y los tornillos pueden sufrir esta situación que no es atribuible a una mala práctica médica, situación que no siempre requiere de reintervención quirúrgica para retiro. Aunado a lo anterior, ningún tornillo suelto o fracturado produjo lesión o presión sobre la médula ósea, situación esta que es casi imposible y que de haber ocurrido hubiera causado un daño motor grave inmediato y severo en la paciente de manera inmediata como la paraplejía.

AL HECHO VIGÉSIMO SÉPTIMO: ES CIERTO PERO SE RESALTA, que pese al retiro del material de osteosíntesis que supuestamente le estaba causando daño la paciente continuó con dolor, condición que ha tenido desde siempre, inclusive previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015.

AL HECHO VIGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO, a la señora INGRID JOHANNA no se le causó ningún tipo de daño en su salud como consecuencia del procedimiento quirúrgico realizado en noviembre de 2015, pues el dolor crónico, la debilidad en su pierna y pie izquierdo, la semidependencia, la dificultad de conciliar el sueño, de caminar y la afectación mental ya se habían presentado antes de su realización, la vejiga neurogénica no se encuentra explicada por ningún hallazgo imageneológico en su columna o cerebro máxime aun cuando el nivel de la columna intervenida no es el que controla la función de control de esfínteres y de haberse lesionado la médula a ese nivel la falta de control de esfínteres se hubiera presentado de manera mediata a la cirugía y porque, la paciente no tiene pie caído de manera tal que no requiere del uso de ayudas para moverse. Por el contrario, lo que presenta la paciente actualmente es la evolución y desarrollo propio de la enfermedad.

AL HECHO VIGÉSIMO NOVENO: NO ES CIERTO. Los galenos Juan Carlos Rivera Arcila y la Doctora Angela Marcela Tibaquirá no son expertos para el análisis de un acto médico adelantado por un médico especializado en neurocirugía quien tarda cerca de 5 a 7 años (en la especialización dependiendo de la cirugía) y que cuenta con amplia trayectoria profesional (30 años para el Dr. Mauricio Toscano), toda vez que son médicos generales sin ninguna especialidad en la rama de la medicina y más bien si, en áreas administrativa y jurídicas que los llevaron a sacar conclusiones relativas a supuestas violaciones de deberes legales, de *lex artis* o de Calidad pero no del acto médico como tal, conclusiones y análisis estos que están reservados al Juez de la República en la presente Litis y que no pueden ser emitidas por el un perito que supuestamente era de carácter médico.

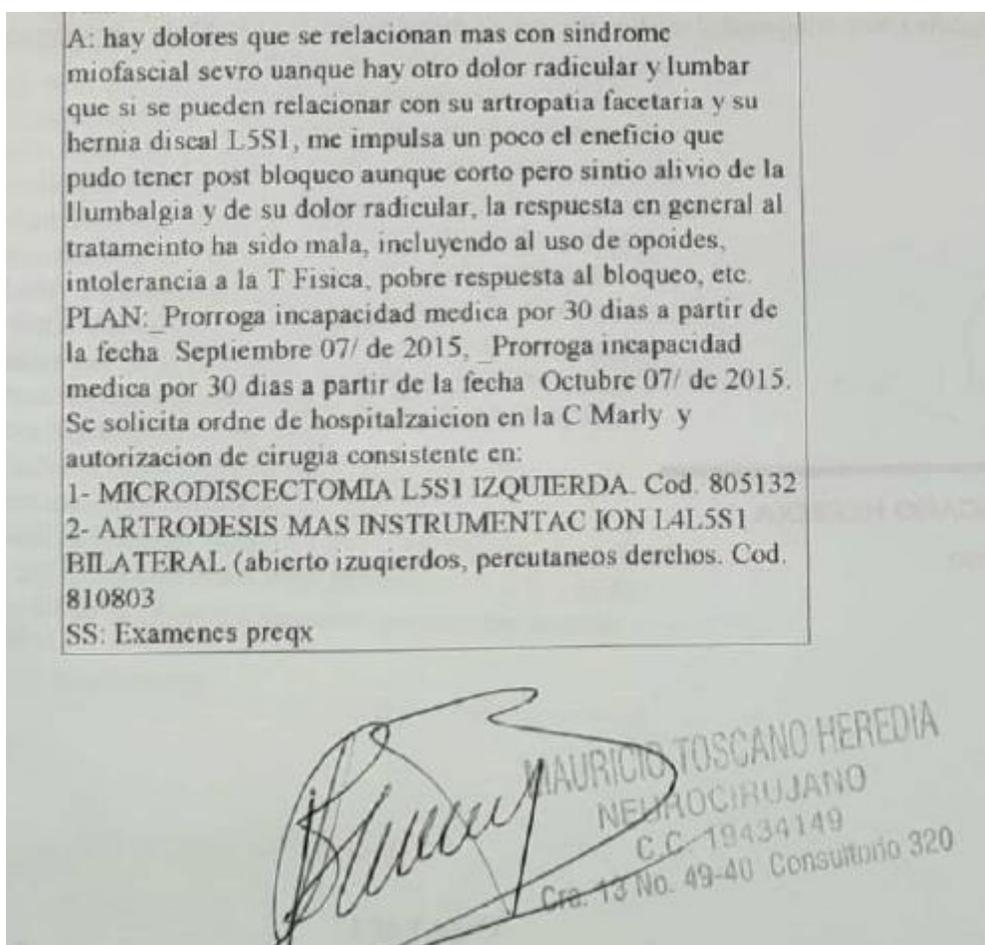
AL HECHO TRIGÉSIMO: NO ES HECHO, es una afirmación abstracta del apoderado del extremo actor que no indica cual o cuales actos médicos estuvieron carentes de procesos de seguridad pre quirúrgicos y cuales actividades considera se debieron realizar para considerar que si fueron seguros, de manera tal que se le solicita al juez que elimine de la causa pretendi este hecho pues no permite el derecho a la defensa y contradicción de mi representada al ser un reproche impreciso, indeterminado o inconcreto.

AL HECHO TRIGÉSIMO PRIMERO: NO ES CIERTO por cuanto a la paciente se le explicaron todos los riesgos de manera verbal previo al procedimiento quirúrgico, entre ellos, se le informó que podía persistir el dolor que ya presentaba y en todo caso, fue tal la previsión de este riesgo que en un mismo tiempo quirúrgico se realizaron todas las medidas médicas para evitar que la paciente continuara con dolor posterior a la cirugía así: para el dolor discogénico por la discopatía L5-S1 se realizó en la cirugía la fusión intersomática por técnica TLIF, para el dolor por la hernia discal se realizó en la cirugía la Microdiscectomía L5-S1, para el dolor por canal estrecho lateral se realizó en la cirugía

la Microforaminotomía L5S1, para el dolor Facetario por artropatía se realizó en la cirugía la Instrumentación transpedicular.

AL HECHO TRIGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO, a la paciente se le informaron todos los riesgos del procedimiento quirúrgico de mayor ocurrencia tal y como se demostrará de manera documental y a través de las demás pruebas que se practicarán en el curso del proceso. Sin embargo, se recuerda que los riesgos de baja ocurrencia o de configuración exótica no debe informarlos el galeno tratante y que por otro lado, la paciente nunca tuvo pie caído y que no se le puede atribuir al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 el trastorno de control de esfínteres pues como se ha explicado insistentemente dicha condición no se encuentra explicada por ningún hallazgo imageneológico en su columna o cerebro (ver h.c 26/10/2020) máxime aun cuando el nivel de la columna intervenida no es el que controla la función de control de esfínteres y de haberse lesionado la medula a ese nivel la falta de control de esfínteres se hubiera presentado de manera mediata a la cirugía.

AL HECHO TRIGÉSIMO TERCERO: NO ES CIERTO, el Dr. Toscano si dejó anotada la indicación terapéutica de la cirugía al indicar que pese a que la respuesta general al tratamiento fue mala, el haber existido un poco de beneficio en mejoría del dolor con el segundo bloqueo la hacían candidata al procedimiento quirúrgico como última alternativa terapéutica y después de haber agotado la opción de opioides terapia física y bloqueos, entre otros, veamos:



Es que si, de hecho el procedimiento quirúrgico se encontraba más que indicado luego de 2 años de tratamientos (terapias, asistencia psiquiátrica, bloqueos), más de 17 especialidades tratándola (Neurocirugía, Neurología, Clínica de Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral, Ginecología, entre otros), la presentación en varias juntas multidisciplinarias de dolor

en donde se le explicaban los riesgos, recomendaciones, indicaciones y pronóstico, de manera tal que la recomendación de la realización de la cirugía era el último recurso que le quedaba en el campo de la ciencia médica, NO EXISTÍA OTRO.

AL HECHO TRIGÉSIMO CUARTO: NO ES CIERTO pues consta en la historia clínica que la paciente tuvo múltiples atenciones por psiquiatría, anestesiología, fisiatría, terapia física previo a la realización del procedimiento quirúrgico que denotan las explicaciones que le hacían los médicos a la paciente y de otro lado, las contradicciones que presentaba la paciente al narrar y mostrar sus síntomas así como el deseo de realizarse una cirugía.

AL HECHO TRIGÉSIMO QUINTO: NO ES UN HECHO, es una afirmación abstracta del apoderado del extremo actor que no indica cual o cuales actos médicos estuvieron carentes de un orden cronológico, de claridad o precisión o que se encuentren ilegibles, de manera tal que se le solicita al juez que elimine de la causa petendi este hecho pues no permite el derecho a la defensa y contradicción de mi representada al ser un reproche impreciso, indeterminado o inconcreto.

AL HECHO TRIGÉSIMO SEXTO: NO ES UN HECHO, es una afirmación abstracta del apoderado del extremo actor que no indica cual o cuales actos estuvieron carentes de una planeación administrativa, vigilancia y control, no se indica cuales exámenes no fueron ordenados ni practicados, de manera tal que se le solicita al juez que elimine de la causa petendi este hecho pues no permite el derecho a la defensa y contradicción de mi representada al ser un reproche impreciso, indeterminado o inconcreto.

En todo caso, esta parecer ser una afirmación contenida en el dictamen emitido por los galenos Juan Carlos Rivera Arcila y la Doctora Angela Marcela Tibaquirá que no son expertos para el análisis de un acto médico adelantado por un médico especializado en neurocirugía quien tarda cerca de 5 a 7 años (en la especialización dependiendo de la universidad) y que cuenta con amplia trayectoria profesional (30 años para el Dr. Mauricio Toscano), toda vez que son médicos generales sin ninguna especialidad en la rama de la medicina y más bien si, en áreas administrativas y jurídicas que los llevaron a sacar conclusiones relativas a supuestas violaciones de deberes legales, de lex artis o de Calidad pero no del acto médico como tal, conclusiones y análisis estos que están reservados al Juez de la República en la presente Litis y que no pueden ser emitidas por el un perito que supuestamente era de carácter médico.

AL HECHO TRIGÉSIMO SÉPTIMO: NO ES UN HECHO, es una afirmación abstracta del apoderado del extremo actor que no indica cual o cuales atenciones médica ni de qué fecha se encuentran carente de registros en las historias clínicas o, de manera tal que se le solicita al juez que elimine de la causa petendi este hecho pues no permite el derecho a la defensa y contradicción de mi representada al ser un reproche impreciso, indeterminado o inconcreto.

AL HECHO TRIGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO, pues como ya se dijo, para el procedimiento quirúrgico de 15 de noviembre de 2015 si se surtió un consentimiento informado no solo escrito sino verbal y tácito en donde se le informaron a la paciente los riesgos de mayor ocurrencia pues se recuerda que el galeno no está en la obligación de informar los riesgos de más difícil ocurrencia.

AL HECHO TRIGÉSIMO NOVENO: NO ES CIERTO, ningún daño alegado por la demandante puede ser atribuible al procedimiento quirúrgico de 15 de noviembre de 2015, pues el dolor crónico, la debilidad en su pierna y pie izquierdo, la semidependencia, la dificultad de conciliar el sueño, la dificultad para caminar y la afectación mental ya se habían presentado antes de su realización, la vejiga neurogénica no se encuentra explicada por ningún hallazgo imageneológico en su columna o cerebro (ver h.c 26/10/2020) máxime aun cuando el nivel de la columna intervenida no es el que controla la función de control de esfínteres y de haberse lesionado la medula a ese nivel la falta

de control de esfínteres se hubiera presentado de manera mediata a la cirugía y porque, la paciente no tiene pie caído de manera tal que no requiere del uso de ayudas para movilizarse. Por el contrario, lo que presenta la paciente actualmente es la evolución y desarrollo propio de la enfermedad.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO: NO ES CIERTO, la demandante no prueba cual fue la conducta reprochable de manera intraquirúrgica a la cual se le pueda atribuir causalmente el daño que alega, contrario sensu la demandada si prueba que la cirugía estaba indicada, que era la última opción terapéutica para la paciente, que la técnica quirúrgica fue la adecuada y que la planeación estratégica si se dio toda vez que se realizaron todos los actos tendientes a que la paciente no presentara dolor posterior a la cirugía así: para el dolor discogénico por la discopatía L5-S1 se realizó en la cirugía la fusión intersomatica por técnica TLIF, para el dolor por la hernia discal se realizó en la cirugía la Microdiscectomía L5-S1, para el dolor por canal estrecho lateral se realizó en la cirugía la Microforaminotomía L5S1, para el dolor Facetario por artropatía se realizó en la cirugía la Instrumentación transpedicular., aunado a lo anterior, posterior a la cirugía se verificaron en múltiples ocasiones que los tornillos hubieran quedado en buena posición y pese a ello, la paciente siguió con el dolor crónico que presentaba previamente, de manera tal que este no puede ser atribuible a la cirugía sino a su propia patología y esto demuestra que la medicina es de medio y no de resultado.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi representada toda vez que se trata de un procedimiento médico que no realizó directamente y cuya historia clínica se encuentra en custodia de la IPS conforme lo indicado en el artículo 13 de la Resolución 1995 de 1999.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO que las secuelas de pérdida de fuerza y disestesias en extremidad inferior izquierda, dolor lumbar crónico secundario a discopatía se hubiera dado posterior al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 pues las mismas se presentaron previamente, veamos lo reportado en las historias clínicas:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	13/12/2014	Síntomas de <u>Dolor Lumbar</u> 8/10 que se agudiza con caminata de largas distancias.
USS COMPENSAR	20/12/2014	Paciente con escala numérica de <u>dolor</u> de 8/10.
USS COMPENSAR	19/01/2015	Paciente persiste con <u>dolor crónico</u>
USS COMPENSAR	02/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Dolor</u> en región lumbar calificado en <u>10/10</u> EAV permanente - Postura: inclinación del tronco hacia la izquierda y pelvis en ante versión abdomen protruido. - ROM limitado por dolor. - Edema en espinales bajos - Retracciones severas en cadena posterior - Limitación funcional moderada a severa - Neurológico: <u>disestesias</u> en dermatomas l5 s1 derecho e <u>hipoestesia</u> en MID predominio distal.
USS COMPENSAR	10/02/2015	Paciente continua con <u>dolor crónico</u> a nivel lumbosacro irradiado a región pélvica
USS COMPENSAR	16/02/2015	No hay mejoría de <u>dolor</u> ha incrementado además presenta parestesias costeantes en pierna izquierda, <u>hipoestesia</u> en dermatomo l5 s1
USS COMPENSAR	03/03/2015	- Cuadro de 5 meses de evolución de <u>dolor</u> en región lumbar de intensidad moderada a severa 9/10

		<p>constante, con irradiación a miembro inferior izquierdo, con sensación de <u>calambre y corrientazo</u>, dolor tipo ardor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	22/04/2015	Paciente con dolor lumbar incapacitante
USS COMPENSAR	29/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional.
USS COMPENSAR	12/06/2015	<ul style="list-style-type: none"> - . - Se queja de <u>dolor</u> en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda, en la cara posterior del muslo y se extiende hasta los dedos del pie izquierdo. Dice que el dolor en la cintura es como picadas. El dolor en la cara posterior del muslo es como un peso y como <u>quemadura por dentro</u>. Dice que los dedos del pie "se paralizan". Dice que la piel de la extremidad se siente "<u>como dormida</u>". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. <u>El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10.</u> - Duerme mal porque el dolor no la deja acomodar en la cama. - La tienen que ayudar a pararse después de estar mucho rato sentada. - Dice que no puede caminar más de 5 cuerdas. - Psiquiátrico: Tiene folder con muchos documentos médicos. Insiste en que se debe realizar un bloqueo lumbar por indicación del neurocirujano. Algunas respuestas son confusas o contradictorias y no coinciden con los registros escritos del Vitasys. - Hay datos que sugieren un fuerte componente somatomorfo, que en mi concepto es predominante.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO TERCERO Y CUADRAGÉSIMO CUARTO: NO ES CIERTO y se insiste que el diagnóstico de pie caído fue descartado con la valoración realizada por la Dra. Claudia Liliana Robayo, médica especializada en fisioterapia el 27 de julio de 2021 en la cual indica que la paciente NO TIENE PIE CAÍDO y que por lo tanto no cuenta con criterios para uso de ortesis de ayuda en la marcha como OTP (ortesis tibiopédica) y ordena fisioterapia para reentrenamiento de la marcha por disminución de la masa muscular por desuso:

Episodio : 34226137

Paciente : INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT

Identificación : CC - 52794764

Historia Clínica de Ingreso

Clasificación : Diag. Principal
Tipo : Confirmado Repetido
Finalidad Consulta : No Aplica
Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

PACIEWNT EOCN IDX ANOTADO QUEIN EN EL MOMENTRO NO ENCUESTRO CRITERISO PARA USODE OTP NO TIEN PIE CAIDO CONSIDEWRO QUESE BENEFICIA DE TEPRIA FIISCA PARA RENETRNEMANITO EN MARCHA Y PROPIOPCECIOSN ADEMAS SE SOLCIT AEDX D EMMSS EVLAUR STC PATOLOGIA DE SOBRE USO PORT USO PROLONGADOIDE AYUDA PARA LA AMRCHA

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar

No. Interlocutor : 2000012425
Responsable : ROBAYO MONTAÑA CLAUDIA LILIANA
Registro : 52800785
Especialidad : MEDICINA FISICA REHABILITACION

Fecha : 27.07.2021 Hora : 13:06

AL HECHO CUADRAGÉSIMO QUINTO: NO ES CIERTO el hecho como se pretende hacer valer, pues es un riesgo inherente al procedimiento realizado en noviembre de 2015 el aflojamiento y rotura de tornillos, pues el injerto va consolidando y los tornillos pueden sufrir esta situación que no es atribuible a una mala práctica médica, situación que no siempre requiere de reintervención quirúrgica para retiro. Aunado a lo anterior, ningún tornillo suelto o fracturado produjo lesión o presión sobre la medula ósea, situación esta que es casi imposible y que de haber ocurrido hubiera causado un daño motor grave inmediato y severo en la paciente de manera inmediata como la paraplejía.

En todo caso, en el postoperatorio inmediato de noviembre de 2015 y en múltiples oportunidades el Dr. Toscano ordenó la realización de imágenes diagnósticas para verificar que el material de osteosíntesis hubiera quedado en una posición adecuada los cuales evidenciaron tal situación y jamás mostraron que los mismos estuvieran tocando una raíz nerviosa o la medula. Así se puede ver en las historias clínicas:

Por ejemplo, el 13 de noviembre de 2015 se describió en nota médica que la paciente tenía un posoperatorio satisfactorio, disminuyendo progresivamente la lumbalgia, sin dolor radicular, con buen control de esfínteres. Se realizó RX de control en columna lumbosacra encontrándose material de osteosíntesis en buena posición. Por su parte, En consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de 19 de julio de 2016 se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena posición.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO SEXTO: ES CIERTO, pero se aclara que el procedimiento quirúrgico del 11 de enero de 2022 se hizo a un nivel diferente (L3) del que se realizó la cirugía en noviembre de 2015 (L5-S1).

AL HECHO CUADRAGÉSIMO SÉPTIMO: ES PARCIALMENTE CIERTO, pues se recuerda que a la paciente se le descartó la patología de pie caído.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO OCTAVO: NO ES CIERTO, el hecho como está planteado pues la calificación en mención no sólo se dio por la discopatía L5-S1 sino por las discopatías que presenta en múltiples niveles de la columna la paciente, además porque

resulta falso advertir que la afectación psiquiátrica de la paciente se generó posterior al noviembre de 2015 cuando esta ya la padecía previamente.

AL HECHO CUADRAGÉSIMO NOVENO: ES CIERTO.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO: NO ES CIERTO, la señora INGRID JOHANNA no devengaba un salario de \$ 2.000.000 para el año 2021 pues si se verifica el IBC con el cual la misma cotizaba al Sistema de Salud se evidencia para esa anualidad fue el siguiente mes por mes:



860503617	9428006278	20211203	202112	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	55138761	20211215	202112	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9426701132	20211103	202111	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	54467812	20211123	202111	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9425538358	20211005	202110	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	53731700	20211022	202110	\$ 978,320	\$ 39,200
800224808	9423361260	20210813	202109	\$ 908,526	\$ 72,700
800224808	9423971377	20210830	202109	\$ 0	\$ 0
830098590	53062012	20210921	202109	\$ 1,008,320	\$ 40,400
830098590	52384288	20210823	202108	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	51730489	20210723	202107	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 948,035	\$ 38,000
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 978,035	\$ 39,200
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 60,569	\$ 2,500
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 917,751	\$ 36,800
830098590	48999387	20210319	202103	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	48304279	20210215	202102	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	47703128	20210112	202101	\$ 977,269	\$ 39,100

Al ser un salario variable por el año 2021 resultaría necesario promediarlo cuyo resultado es UN MILLÓN DOSCIENTOS OCHOMIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$ 1.208.260) y no DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000) como erradamente se tomó se pretende advertir por parte del extremo actor:

AÑO	
MES	SALARIO
Enero	977269
Febrero	965702
Marzo	965702
Abril	978320
Mayo	1008320
Junio	978320
Julio	978320
Agosto	978320
Septiembre	1008320
Octubre	1886846
Noviembre	1886846
Diciembre	1886846
PROMEDIO	1208260

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO PRIMERO: NO LE CONSTA a mi representada pues se trata de un hecho entre la AFP PORVENIR S.A. y la demandante, del cual no participó.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO SEGUNDO: NO ES CIERTO, la afectación mental de la paciente se gestó antes del procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 y, en todo caso, ningún daño físico puede ser atribuido a esta cirugía pues el dolor crónico, la debilidad en su pierna y pie izquierdo, la semidependencia, la dificultad de conciliar el sueño, la dificultad para caminar ya se habían presentado antes de su realización, la vejiga neurogénica no se encuentra explicada por ningún hallazgo imageneológico en su columna o cerebro (ver h.c 26/10/2020) máxime aun cuando el nivel de la columna intervenida no es el que controla la función de control de esfínteres y de haberse lesionado la medula a ese nivel la falta de control de esfínteres se hubiera presentado de manera mediata a la cirugía y porque, la paciente no tiene pie caído de manera tal que no requiere del uso de ayudas para movilizarse. Por el contrario, lo que presenta la paciente actualmente es la evolución y desarrollo propio de la enfermedad de discopatía y su dolor crónico.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO TERCERO: NO ES CIERTO, el hecho como se pretende hacer valer, pues es un riesgo inherente al procedimiento realizado en noviembre de 2015 el aflojamiento y rotura de tornillos, pues el injerto va consolidando y los tornillos pueden sufrir esta situación que no es atribuible a una mala práctica médica, situación que no siempre requiere de reintervención quirúrgica para retiro. Aunado a lo anterior, ningún tornillo suelto o fracturado produjo lesión o presión sobre la medula ósea, situación esta que es casi imposible y que de haber ocurrido hubiera causado un daño motor grave y severo en la paciente de manera inmediata como la paroplejia.

En todo caso, en el postoperatorio inmediato de noviembre de 2015 y en múltiples oportunidades el Dr. Toscano ordenó la realización de imágenes diagnósticas para verificar que el material de osteosíntesis hubiera quedado en una posición adecuada los cuales evidenciaron tal situación y jamás mostraron que los mismos estuvieran tocando una raíz nerviosa o la medula. Así se puede ver en las historias clínicas:

Por ejemplo, el 13 de noviembre de 2015 se describió en nota médica que la paciente tenía un posoperatorio satisfactorio, disminuyendo progresivamente la lumbalgia, sin dolor radicular, con buen control de esfínteres. Se realizó RX de control en columna lumbosacra encontrándose material de osteosíntesis en buena posición. Por su parte, En consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de 19 de julio de 2016 se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena posición.

Aunado a lo anterior y como ya se dijo, la manifestación después de un año de la cirugía de incontinencia urinaria no guarda relación con esta, pues de haberse producido allí se hubiera manifestado de manera inmediata, adicionalmente no tienen relación con la supuesta lesión de las raíces L5 -S1 (nivel de la columna que se intervino) pues los nervios involucrados en estos trastornos son los pudendos que corresponden a las raíces S2-S3-S4 que no tienen ninguna relación con la cirugía.

Ahora bien, la cistitis y las infecciones urinarias a repetición comenzaron antes de la cirugía, el estreñimiento y el aumento del dolor en la menstruación no tiene ningún asidero científico con la compresión del nervio que presentaba antes de la cirugía, ni por supuesta lesión del mismo en la cirugía que tampoco existió.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO CUARTO: NO LE CONSTA a mi representada pues es un aspecto propio de la órbita íntima y familiar de la demandante de manera tal que el extremo actor deberá probarlo.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO QUINTO: NO LE CONSTA a mi representada pues es un aspecto propio de la órbita íntima y familiar de la demandante de manera tal que el extremo actor deberá probarlo.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO SEXTO: NO LE CONSTA a mi representada pues es un aspecto propio de la órbita íntima y familiar de la demandante de manera tal que el extremo actor deberá probarlo.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO: NO LE CONSTA a mi representada pues es un aspecto propio de la órbita íntima y familiar de la demandante de manera tal que el extremo actor deberá probarlo.

AL HECHO QUINCUAGÉSIMO OCTAVO: ES CIERTO.

II. DE LAS PRETENSIONES DECLARACIONES Y CONDENAS.

Frente a las pretensiones, **LAS RECHAZO** desde ya a todas y cada una de ellas toda vez que carecen de fundamento legal y jurídico.

Para lo anterior me permito hacer un pronunciamiento expreso sobre cada una de ellas, en igual forma en que fueron formuladas en el escrito que elevó la demanda y haciendo uso de la misma enumeración que el apoderado de la parte demandante realizó.

Veamos:

A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS:

A LA PRIMERA: ME OPONGO y solicito se deniegue ya que, como se probará a lo largo del proceso judicial, en el caso en concreto de INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT no se presentan todos los elementos que son imprescindibles legalmente para que se configure responsabilidad civil.

En particular, ni COMPENSAR EPS, ni la CLÍNICA DE MARLY ni el Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA cometió una conducta que atentara contra los reglamentos de la lex artis o que fuere culposa, dolosa y que además de ello, fuera esta la causante del daño alegado o que de haberlo sido exista un daño antijurídico que la paciente no debía soportar y deba ser indemnizado. Por el contrario y de acuerdo a la conducta general desplegada por los galenos, se observa que se ajustó a los lineamientos de la ciencia médica dado que: **i)** Se prestó toda la atención médica para el diagnóstico de discopatía lumbar y sus síntomas con un equipo interdisciplinario (Neurocirugía, Neurología, Clínica de Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral, Ginecología, entre otros) y mediante juntas médicas, imágenes diagnósticas, terapias, bloqueos, hasta que de acuerdo a criterio médico se decidió escalar el plan de manejo a cirugía, **ii)** Se autorizó, programó y realizó cirugía de Artrodesis de la región lumbar con técnica posterior o posterolateral con instrumentación modular más discectomía endoscópica lumbar en una IPS habilitada y de amplia trayectoria (Clínica de Marly S.A.) con un galeno perito y especializado en el área como lo es el médico neurocirujano Dr. Mauricio Toscano Heredia, **iii)** Se realizó la cirugía de artrodesis conforme a la lex artis sin que se observe ningún actuar culposo o doloso del facultativo y sin reportar ninguna complicación intraoperatoria ni postoperatoria inmediata, cirugía que era la última opción terapéutica de la paciente **iv)** La paciente consintió la realización del procedimiento quirúrgico con los riesgos que este conllevaba **v)** la paciente dice haber presentado situaciones en su salud tales como dolor crónico,

trastorno del control de esfínteres, fibrosis, alteración de la psiquis, pie caído, soltura del material de osteosíntesis posteriores a la cirugía de noviembre de 2015, situaciones estas que o no pueden ser atribuibles a dicha cirugía, o no padeció, o son riesgos inherentes de común ocurrencia, o fueron riesgos inherentes consentidos o que presentaba antes de la cirugía o que se presentaron como consecuencia del desarrollo natural de su propia enfermedad **vi)** Posterior al procedimiento quirúrgico y ante la continuidad del dolor se siguió poniendo a disposición de INGRID JOHANNA todos los medios tecnológicos y humanos para tratar de superarlo, teniendo que someterse la continuación de terapias, medicamentos para el dolor, neuroestimulador y cirugías, entre otros, a cambio de tratar de superar su condición patológica y el dolor crónico.

Todo lo anterior deviene en la inexistencia de algún tipo de perjuicio indemnizable, máxime si se tiene en cuenta que el error culposo o doloso del galeno es el que configura responsabilidad, y que la carga de su prueba se encuentra en cabeza del demandante pues nos encontramos ante un régimen de responsabilidad de falla probada y no de falla presunta.

Pues bien, en el caso de marras no hay prueba si quiera sumaria aportada por la demandante que demuestre una conducta culposa o dolosa y que además de esto fuera alguna de estas la causa del daño, toda vez que no basta con afirmar sin más, esto sin ningún sustento o prueba técnica que existió un daño como consecuencia de *“la deficiencia en el consentimiento informado así como las irregularidades en los procedimientos pre y postoperatorios y por la discapacidad laboral permanente que se causó”* sin individualizar el acto galénico y que ese acto fue la causa eficiente del daño el cual debería también estar debidamente individualizado y pretender, sin más, que se declare la responsabilidad civil.

Ahora bien, debe diferenciar el despacho las actuaciones de las entidades acá demandadas, pues mientras la institución CLÍNICA DE MARLY, el DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA y los demás galenos adscritos a esa IPS prestaron el servicio médico a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, los cuales figuran como prestadores efectivos del servicio¹; COMPENSAR EPS, actúa en calidad de asegurador o EPS, a quien únicamente le correspondía y compete autorizar y garantizar el acceso oportuno a los servicios médicos que se encontraban en el plan de beneficios para la época de la ocurrencia de los hechos, en las condiciones definidas en el Decreto 1011 de 2006, lo cual siempre ocurrió en el caso de la señora BAQUERO BETANCOURT.

Así las cosas, se tiene entonces que mi representada en momento alguno incumplió con sus obligaciones como ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD que al tenor de lo dispuesto en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, establece:

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

¹ LEY 100 DE 1993. ***“ARTÍCULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.***

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

Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. *Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el Artículo 241 de la presente Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema” (Negritas y subrayas propias).*

Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley² (negrillas y subrayas propias).

Se tiene entonces que la función básica de las EPS consiste en “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio.” Es su deber garantizar el acceso a la prestación efectiva de los servicios médicos asistenciales del sistema de manera oportuna, segura, eficaz y eficiente, como en efecto ocurrió en el caso que nos ocupa, a tal punto que se le brindaron y autorizaron todos aquellos servicios y atenciones que requirió INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT para su atención médica para su discopatía lumbar que ha generado un dolor crónico intratable, una afección en la psiquis de la paciente la pérdida de fuerza, adormecimiento y sensación quemante en su extremidad inferior izquierda.

A su turno, desde ya se anuncia el contenido del clausulado del contrato de prestación de servicios SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005 que está contenido en el documento suscrito entre mi representada y la IPS llamada en garantía CLÍNICA DE MARLY S.A.. identificada con NIT No. 860.002.541-2 y el No. SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005 suscrito entre mi representada y el Dr. llamado en garantía MAURICIO TOSCANO HEREDIA identificado con cédula de ciudadanía No. 19.434.149 que constituirá la excepción de fondo que más adelante denominaré “hecho exclusivo y determinante de un tercero”, así como también del llamamiento en garantía que se solicitará. Allí, en la cláusula No. 15°, respectivamente, se lee:

“CLÁUSULA 15°: AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para los efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará con **plena autonomía científica, técnica y administrativa** la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, **cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del contratista que presta los servicios.** COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto a los resultados adversos, inmediatos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, este se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía; **En últimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios sea judicial o extrajudicialmente,** para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluido los pagos y costos ocasionados.” (Negrillas y subrayas fuera de texto).” (Negrillas y subrayas propias).

Con base en lo expuesto, se puede entonces colegir su señoría, que como quiera que mi representada NO participó en la realización efectiva de ninguna atención médica, y teniendo en cuenta que existe un contrato de prestación de servicios suscrito entre las IPS y/o galenos y mi representada, en donde se lee con claridad que aquellas son autónomas desde el punto de vista técnico científico, y que responderán en su totalidad por los eventuales perjuicios que se demuestre que se causaron en virtud del desarrollo

² Ley 100 de 1993. Art. 177.

de sus actividades profesionales, el Despacho deberá exonerar en su totalidad a COMPENSAR EPS de cualquier condena, en el evento en que ésta se llegare a presentar.

Ahora bien, desde ya se indica que con respecto de la solidaridad alegada debe señalarse **QUE ESTA ES UNA INSTITUCIÓN LEGAL Y NO JURISPRUDENCIAL, QUE NO SE PRESUME NI SE APLICA DE MANERA AUTOMÁTICA A LAS E.P.S EN RELACIÓN AL ACTO MÉDICO DE UNA I.P.S O UN MÉDICO**, sino que ésta deviene única y exclusivamente de haber cometido actuación culposa o dolosa por parte de COMPENSAR E.P.S. y que hubiere hecho concurso o ayudado a la producción del daño, en los términos del artículo 2344 del Código Civil.

Así, en el caso bajo estudio, no es admisible que se declare la responsabilidad solidaria de **COMPENSAR EPS**, tal como erradamente lo solicitan los demandantes. Lo anterior en la medida en que, es palmaria la ausencia del presupuesto de hecho que exige el artículo 2344 del Código Civil para la configuración de la responsabilidad solidaria, esto es, que se hubiese demostrado que mi representada tuviese participación en la atención médica que le brindó la CLÍNICA DE MARLY S.A. o el Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDI y como tal en los procedimientos e intervenciones realizadas, las cuales, fueron practicadas autónoma e independientemente en virtud del contrato de prestación de servicios de salud No. SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005 y No. SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005, suscrito entre mi representada y esta clínica y el galeno mencionado, como ya se explicó previamente.

A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS:

A LA PRIMERA: ME OPONGO a la solicitud de condena de pago por a favor de la demandante por concepto de **daño moral** pues además que en el presente caso no confluyen los tres elementos de la responsabilidad civil que hagan mandataria su declaración debe tenerse en cuenta que la pretensión de daño moral solicitado por la parte actora deberá ser negada en tanto y en cuanto:

❖ Respecto de la prueba del daño:

Como primera medida su Señoría, esta defensa debe indicar que el daño moral no puede sólo presumirse por el hecho de que sea la víctima, no, el daño moral debe probarse. Para el efecto, debe señalarse que la jurisprudencia ha indicado que éste debe tener la existencia, la intensidad, y la cuantificación, de manera que como todo daño indemnizable, debe ser cierto, personal y antijurídico. No obstante, en el caso sub examine no se prueba puesto que no existe evidencia si siquiera sumaria que demuestre la supuesta la aflicción u ofensa que se les causó a la hoy demandante, más allá que la mera manifestación de esta misma, por lo anterior esta pretensión, Señor Juez se debe denegar.

Ahora bien, tal y como se probará, se tiene que no existió el daño ilícito o antijurídico en contra de la demandante e imputable a mi representada, que pretende se declare, pues quedará probado que la atención fue pertinente, segura, adecuada y suficiente y que a pesar de que el personal médico aplicó toda su pericia y agoto todas las alternativas terapéuticas posibles para su patología (terapias, analgésicos, bloqueos, cirugías, neuroestimuladores) jamás pudo superar el dolor crónico intratable que afecto la psiquis de la paciente desde antes de la cirugía de noviembre de 2015.

❖ Respecto de la liquidación del daño:

Ahora, una vez manifestado que no se evidencia si quiera prueba idónea más que la manifestación de la paciente, esta defensa indica que la cuantía solicitada por el apoderado de la parte demandante se desborda en cualquier sentido.

En efecto, la parte actora solicita el reconocimiento de 100 SMMLV o de \$ 130.000.000 por concepto de daño moral, cuando lo cierto es que la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil estableció recientemente que la tasación para esa tipología de daño a favor de cónyuge e hijos, es de \$47.472.181, para cada uno por el fallecimiento en un accidente aéreo de su esposo y padre (SC4703-2021; 22/10/2021), como suma máxima, la cual únicamente es reconocida excepcional y no en todos los casos bajo ese tope sino para los casos más graves que implican la muerte del paciente³ circunstancias que en nada se acompañan con lo ocurrido en el caso de la paciente INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT relativo al dolor crónico que padece la paciente como consecuencia de un discopatía lumbar.

En consecuencia se rechaza vehementemente, por parte de esta defensa, los supuestos perjuicios morales causados a la demandante por i) falta de prueba idónea tanto del daño moral como de la gravedad de la lesión, ii) solicitudes irrisorias, iii) Excede en veces los topes jurisprudenciales, y iv) no existen las condiciones para realizar un juicio de imputación ante la falta de presupuestos de responsabilidad, como se demostrará más adelante.

A LA SEGUNDA: ME OPONGO solicito se deniegue en tanto no hay lugar al reconocimiento de un resarcimiento por daño a la vida de relación debido a que en el presente caso no se configuran los elementos indispensables para la existencia de responsabilidad civil médica.

Aunado a lo anterior, se tiene que los valores solicitados por la parte actora desconocen por completo los criterios jurisprudenciales para su causación y su quantum excede en veces los límites jurisprudenciales establecidos por la Sala de Casación Civil del Corte Suprema de Justicia.

En efecto, la parte actora solicita el reconocimiento de 130 millones de pesos, es decir de 100 SMMLV a 2024, cuando lo cierto es que la Alta Corte ha establecido recientemente, en sentencia del 07 de Marzo de 2019⁴ el monto de \$ 30.000.000, es decir de 36 SMMLV como daño a la vida de relación a favor de la cónyuge que había quedado viuda luego de la muerte de su esposo, estableciéndose así una suma máxima, la cual únicamente es reconocida en los casos más graves que implican la muerte del paciente circunstancias que en nada se acompañan, sin ánimo de minimizar el dolor crónico que padece la paciente como consecuencia de su patología de base: discopatía lumbar:

“Así las cosas, emerge irrefutable que con la temprana e intempestiva muerte de su cónyuge, la gestora se vio privada de realizar actividades placenteras de tipo social, personal y familiar propias de unos esposos que están realizando su proyecto de vida común, las cuales eran exteriorizadas y advertidas en su círculo social, según se deduce de los testimonios recibidos.

En tal virtud, como esta modalidad de perjuicios de orden inmaterial deben ser tasados bajo el prudente juicio del juzgador, la Corte actuando en sede de instancia, considera que, de acuerdo con las circunstancias particulares del caso, la parte demandada deberá indemnizar a la accionante por este rubro en la suma de treinta millones de pesos (\$30.000.000).”

A LA TERCERA (MAL DENOMINADA SEGUNDA): ME OPONGO y solicito se deniegue la pretensión de LUCRO CESANTE solicitado por la parte actora, por cuanto no resulta indemnizable dentro de las presentes diligencias en la medida que no se configuran

³ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 22 de octubre de 2021, radicación: 11001-31-03-037-2001-01048-01, Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona.

⁴ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 7 de marzo de 2019, radicación: 05001 31 03 016 2009-00005-01, Magistrado Ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

simultáneamente los elementos propios de la responsabilidad para poder hablar de un resarcimiento.

En lo que respecta a la procedencia y naturaleza del DAÑO EMERGENTE y el LUCRO CESANTE, el artículo 1614 del Código Civil ha definido este daño como el emergente de la siguiente manera:

*“ARTICULO 1614. <DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE>. Entiéndase por **daño emergente** el perjuicio o la pérdida que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por **lucro cesante**, la ganancia o provecho que deja de reportarse a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento” (Negritas fuera del texto).*

Pues bien, no puede apuntar la parte activa procesal a obtener el pago de un lucro cesante que no se materializó ni se materializaría en el futuro, pues en primer lugar y tal y como se demostrará los daños que alega se produjeron desde el punto de vista físico y mental no sólo mucho de ellos se configuraron previo a los hechos reprochados sino que los mismos terminaron desencadenándose por el curso normal de la enfermedad osteomuscular de base que padece la demandante de larga data y que redundaron en su estado psíquico y psicológico que ya venía deteriorado por su enfermedad de manera tal que dichos daños no son atribuibles jurídicamente a la demandadas.

Ahora bien, si se verifica la liquidación elaborada por la parte demandante debe objetarse por las razones expuestas en el juramento estimatorio.

Así las cosas, se observa que no puede atribuírsele a mi representada un daño que no se generó por causa suya sino por el curso normal de una enfermedad que incidió en el estado mental de la demandante y mucho menos ordenársele resarcir un perjuicio material por un lucro cesante que por demás se encuentra indebidamente liquidado.

A LA PRETENSIÓN CUARTA Y QUINTA: ME OPONGO y solicito se deniegue toda vez que no existe responsabilidad alguna, ni nexo causal, ni culpa, ni incorrecta praxis médica en la atención en salud que se le brindó a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT, motivo por el cual debe exonerarse a mi representada de pagar una condena indexada y las costas del proceso.

III. PETICIÓN ESPECIAL – OBJECCIÓN DE LA ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA.

Como quiera que en las peticiones condenatorias la parte demandante incurre en unas pretensiones notoriamente injustas, irrisorias y fuera de todo contexto, desde el punto de vista jurisprudencial, legal y conforme lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, la suscrita apoderada a través de la presente contestación procede a **OBJETAR** las sumas indicadas por el apoderado de la parte demandante.

LUCRO CESANTE

La solicitud de reparación de daño en su modalidad de lucro cesante no resulta indemnizable ya que no existen los tres elementos de responsabilidad en el presente caso, por lo que ello hace que no se estructure la responsabilidad civil.

Pues bien, no puede apuntar la parte activa procesal a obtener el pago de un lucro cesante que no se materializó ni se materializaría en el futuro, pues en primer lugar y tal y como se demostrará los daños que alega se produjeron desde el punto de vista físico y mental no sólo mucho de ellos se configuraron previo a los hechos reprochados sino que los

mismos terminaron desencadenándose por el curso normal de la enfermedad osteomuscular de base que padece la demandante de larga data y que redundaron en su estado psíquico y psicológico que ya venía deteriorado por su enfermedad de manera tal que dichos daños no son atribuibles jurídicamente a la demandadas.

Ahora bien, si se verifica la liquidación elaborada por la parte demandante por cuanto carece de errores latentes que se pasan a exponer y que la traducen en una liquidación irrisoria y fuera de todo contexto:

- ✓ Como se puede observar la liquidación parte de un salario de \$ 2.000.000 que supuestamente devengaba la demandante para el año 2021, hecho que no resulta ser cierto, pues si se verifica el IBC con el cual la misma cotizaba al Sistema de Salud se evidencia para esa anualidad fue el siguiente mes por mes:



860503617	9428006278	20211203	202112	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	55138761	20211215	202112	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9426701132	20211103	202111	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	54467812	20211123	202111	\$ 978,320	\$ 39,200
860503617	9425538358	20211005	202110	\$ 908,526	\$ 72,700
830098590	53731700	20211022	202110	\$ 978,320	\$ 39,200
800224808	9423361260	20210813	202109	\$ 908,526	\$ 72,700
800224808	9423971377	20210830	202109	\$ 0	\$ 0
830098590	53062012	20210921	202109	\$ 1,008,320	\$ 40,400
830098590	52384288	20210823	202108	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	51730489	20210723	202107	\$ 978,320	\$ 39,200
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50994810	20210623	202106	\$ 948,035	\$ 38,000
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 30,285	\$ 1,300
830098590	50406309	20210524	202105	\$ 978,035	\$ 39,200
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 60,569	\$ 2,500
830098590	49751374	20210423	202104	\$ 917,751	\$ 36,800
830098590	48999387	20210319	202103	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	48304279	20210215	202102	\$ 965,702	\$ 38,700
830098590	47703128	20210112	202101	\$ 977,269	\$ 39,100
-----	-----	-----	-----	-----	-----

Al ser un salario variable por el año 2021 resultaría necesario promediarlo cuyo resultado es UN MILLÓN DOSCIENTOS OCHOMIL DOSCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE (\$ 1.208.260) y no DOS MILLONES DE PESOS (\$2.000.000) como erradamente se tomó en la liquidación:

AÑO	
MES	SALARIO
Enero	977269
Febrero	965702
Marzo	965702
Abril	978320
Mayo	1008320
Junio	978320
Julio	978320
Agosto	978320
Septiembre	1008320
Octubre	1886846
Noviembre	1886846
Diciembre	1886846
PROMEDIO	1.208.260

- ✓ Puesto de manifiesto el yerro relativo al salario sobre el cual partió la liquidación también resulta necesario objetar el porcentaje con el que año a año se actualizó ese salario en la mencionada liquidación el cual encontramos en la columna denominada “SALARIO DEVENGADO” cuyo aumento debería corresponder al IPC anual (por no ser un SMMLV).

En ese sentido como no conocemos el porcentaje de IBC anual que se materializará de 2024 al 2038, al menos ha debido realizarse con un IPC sustentado y moderado y no caprichoso e irregular.

Para tal efecto al menos, ha debido consultarse el IPC histórico anual efectuado por el DANE en donde se si promedia el mismo desde el año 2000 al año 2023 nos arrojaría un porcentaje de aumento de 5.34% y no de los porcentajes variados con los que la demandante aumentó el “SALARIO DEVENGADO” en su liquidación.

IPC HISTÓRICO

AÑO	IPC %
2,000	8.75%
2,001	7.65%
2,002	6.99%
2,003	6.49%
2,004	5.50%
2,005	4.85%
2,006	4.48%
2,007	5.69%
2,008	7.67%
2,009	2.00%
2,010	3.17%
2,011	3.73%
2,012	2.44%
2,013	1.94%
2,014	3.66%
2,015	6.77%
2,016	5.75%
2,017	4.09%
2,018	3.18%
2,019	3.80%
2,020	1.61%
2,021	5.62%
2,022	13.12%
2,023	9.28%
PROMEDIO	5.34%

Fuente: DANE (www.dane.gov.co)

- ✓ La misma situación tuvo ocurrencia con la actualización del valor de año a año de la “PENSIÓN DE INVALIDEZ” la cual fue aumentada en un 10% año a año sin sustento alguno, sustento que si bien no se puede extraer a ciencia cierta pues se desconocen los porcentajes en los que será aumentado el SMMLV en los próximos años hasta el 2038, lo cierto es que por su comportamiento desde el año 2.000 el promedio de aumento es del 9% y no del 10% como mal se invocó por el extremo actor. Veamos:

Año	Gobierno	Aumento
2000	Andrés Pastrana	10%
2001	Andrés Pastrana	10%
2002	Andrés Pastrana	8%
2003	Álvaro Uribe	7,4%

2004	Álvaro Uribe	7,8%
2005	Álvaro Uribe	6,6%
2006	Álvaro Uribe	6,9%
2007	Álvaro Uribe	6,3%
2008	Álvaro Uribe	6,4%
2009	Álvaro Uribe	7,7%
2010	Álvaro Uribe	3,6%
2011	Juan Manuel Santos	4%
2012	Juan Manuel Santos	5,8%
2013	Juan Manuel Santos	4,02%
2014	Juan Manuel Santos	4,5%
2015	Juan Manuel Santos	4,6%
2016	Juan Manuel Santos	7%
2017	Juan Manuel Santos	7%
2018	Juan Manuel Santos	5,9%
2019	Iván Duque	6%
2020	Iván Duque	6%
2021	Iván Duque	3,5%
2022	Iván Duque	10,7%
2023	Gustavo Petro	16%
2024	Gustavo Petro	12%
PROMEDIO		9%

Así las cosas, se observa que no puede atribuírsele a mi representada un daño que no se generó por causa suya sino por el curso normal de una enfermedad que incidió en el estado mental de la demandante y mucho menos ordenársele resarcir un perjuicio material por un lucro cesante que por demás se encuentra indebidamente liquidado.

PETICIÓN:

Con base en las anteriores consideraciones y en las expresadas en el acápite que contesta las pretensiones, es menester que su señoría ordene la regulación por no ajustarse a la ley ni a la jurisprudencia de las altas cortes y por tanto, al evidenciarse que es totalmente injusto, proceda a ordenar el ajuste de que trata el artículo 206 del Código General del Proceso y a su turno condene a la parte demandante a la suma del 10% de la diferencia.

IV. DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO:

4.1. INEXISTENCIA DE UNA ACTUACIÓN CULPOSA Y/O NEGLIGENTE- AUSENCIA DEL PRIMER ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD.

Hago consistir la presente excepción en el hecho que no existe ninguna conducta que haya sido desplegada por COMPENSAR EPS, dentro de sus funciones de aseguramiento en salud que haya repercutido desfavorablemente en la atención médica brindada de la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las encargadas del aseguramiento en salud, dentro del cual se encuentran las actividades de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la conformación de redes para la atención en salud, a cambio de una prima que es

reconocida por el Estado y que se conoce como unidad de pago por capitación – UPC, la cual es fijada anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social.

“ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley”.

Como se observa, de la norma transcrita y descendiendo al caso de la demandante, COMPENSAR EPS cumplió con sus funciones que le fueron asignadas legalmente como asegurador en salud. Así, mi representada autorizó cada uno de los servicios que fueron y han sido requeridos por la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT para la atención de su salud y ha coordinado su prestación a través de las diversas instituciones que conforman su red.

Verbigracia, la labor de mi representada obedeció precisamente a establecer la atención médica garantista de los servicios de salud de salud a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT a través del efectivo acceso a los servicios de salud, remisiones y atenciones casi inmediatas con la autorización para brindar el tratamiento médico destacándose que se brindó: i) acceso a controles por especialistas de Neurocirugía, Neurología, Clínica de Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral, Ginecología, entre otros ii) se autorizó la cirugía de alta complejidad de artrodesis en una IPS de iv nivel con un médico entrenado y perito para intervenir la columna (neurocirujano), iii) se autorizó la hospitalización en piso, Unidad de Cuidado Intermedio y Unidad de Cuidados intensivos que requirió la paciente, iv) Se sigue garantizando toda atención tendiente a la recuperación de la paciente, de manera tal que aquí no se incumplió ningún tipo de obligación propia del contrato de afiliación al PBS, en relación al papel de COMPENSAR como E.P.S. y la naturaleza propia de sus funciones, pues en todo momento se ha puesto a disposición de la paciente los recursos técnicos, científicos y humanos para propender por el tratamiento y rehabilitación de su salud.

Así, se observa en la historia clínica y en el certificado histórico de autorizaciones que se aportan con la presente contestación de demanda para que obren como pruebas documentales dentro de las presentes diligencias, que COMPENSAR EPS ha cumplido a cabalidad con sus funciones como asegurador en salud brindando los servicios médicos que han sido prescritos por los tratantes de manera oportuna, continua y sin dilaciones injustificadas, cumpliendo a su turno con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud establecido en el Decreto 1011 de 2006.

Podrá verificar el Despacho, con el estudio de la atención en salud que mi representada ha actuado de forma diligente, sin que - como se observa en el texto de la demanda - se le haga reproche alguno con ocasión del aseguramiento en salud, como por ejemplo alguna demora en la autorización de servicios, inconsistencias en la información de la afiliación, no disposición de una red de IPS, entre otros.

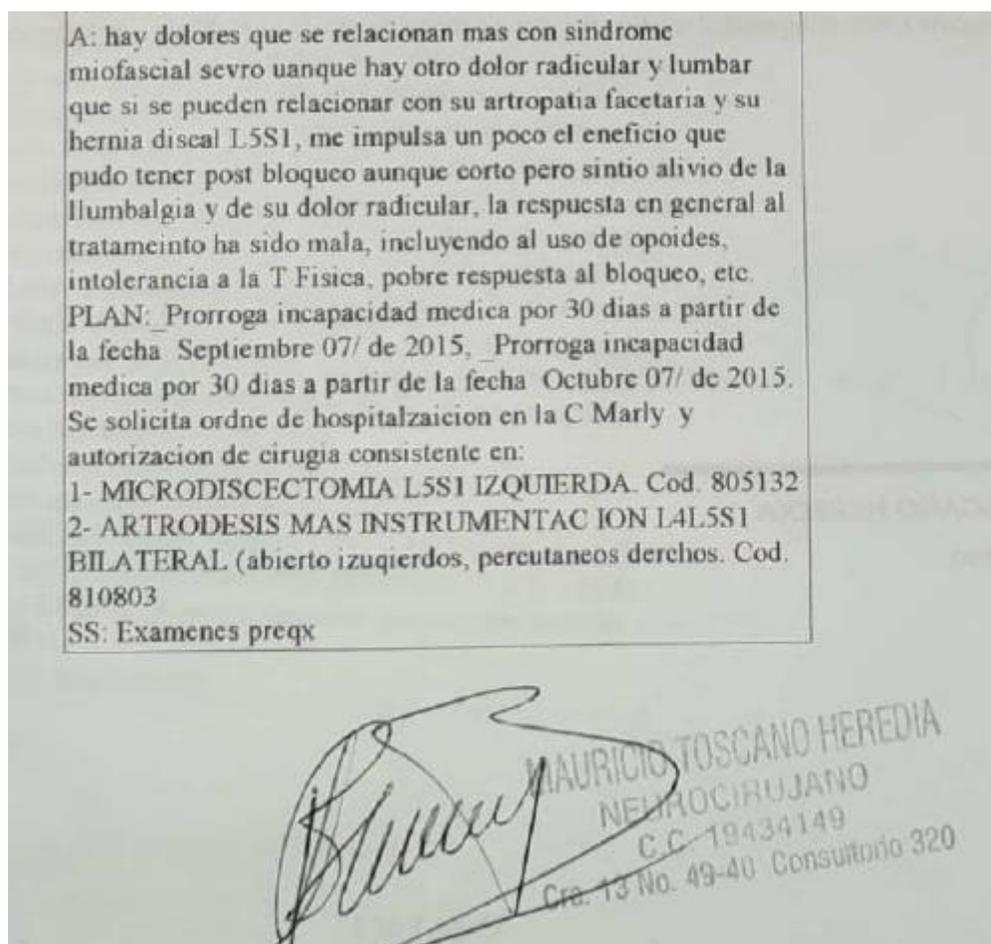
Sin perjuicio de lo anterior, esta defensa advierte tajantemente que si se analizara la conducta de la CLÍNICA DE MARLY, MAURICIO TOSCANO HEREDIA y los demás galenos tratantes adscritos a dicha IPS no se configura ninguno de los elementos para pretender la responsabilidad perseguida, máxime cuando hablamos de la actividad médica, la cual ha sido calificada por las altas cortes Colombianas (Consejo de Estado,

Corte Constitucional y Corte Suprema de Justicia) como de responsabilidad de medio y subjetiva.

Así, con meridiana claridad se afirma que en el presente caso no existió una conducta ni dolosa ni culposa, pues **RESPECTO AL ACTO MÉDICO QUIRURGICO - HOSPITALARIO EFECTUADO POR LA CLINICA DE MARLY S.A Y EL DR. MAURICIO TOSCANO el 15 de noviembre de 2015**, se desprende que fue acorde a la lex artis pues:

- ✓ **La cirugía estaba indicada y no existía otra opción terapéutica en ese momento para la paciente:**

El Dr. Toscano sí dejó anotada la indicación terapéutica de la cirugía al indicar que pese a que la respuesta general al tratamiento fue mala, el haber existido un poco de beneficio en mejoría del dolor con el segundo bloqueo la hacían candidata al procedimiento quirúrgico como última alternativa terapéutica y después de haber agotado la opción de opioides, terapia física y bloqueos, entre otros, veamos:



Es que si, de hecho el procedimiento quirúrgico se encontraba más que indicado luego de 2 años de tratamientos (terapias, asistencia psiquiátrica, bloqueos), más de 17 especialidades tratándola (Neurocirugía, Neurología, Clínica de Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral, Ginecología, entre otros), la presentación en varias juntas multidisciplinarias de dolor en donde se le explicaban los riesgos, recomendaciones, indicaciones y pronóstico, de manera tal que la recomendación de la realización de la cirugía era el último recurso que le quedaba en el campo de la ciencia médica, NO EXISTÍA OTRO.

✓ **A la paciente se le infirmaron los riesgos más comunes del procedimiento quirúrgico:**

Tanto así que como se explicará de manera más detallada en otra excepción de mérito en muestra de ello la paciente suscribió un documento.

✓ **La técnica quirúrgica fue la adecuada tanto así que no se reportó ninguna complicación intraquirúrgica:**

Así lo indicó la Dra. Cindy Catalina Herrera en su dictamen pericial:

“Es relevante señalar que la descripción quirúrgica registrada, incluyendo la técnica, el abordaje y el procedimiento realizado, se ajustó completamente a los estándares establecidos en la literatura científica para este tipo de intervenciones en columna. La cirugía se llevó a cabo siguiendo las mejores prácticas recomendadas, lo que garantiza la idoneidad del enfoque y la precisión en su ejecución. Cabe destacar que no se reportaron complicaciones intraoperatorias, lo que respalda la eficacia de la técnica empleada y su alineación con las directrices actuales en cirugía espinal.”

✓ **El abordaje quirúrgico fue planeado e individualizado para la paciente:**

Tal y como lo indicó la Dra. Cindy Catalina Herrera en su dictamen pericial:

“De esta manera, tras evaluar su evolución, entre octubre y noviembre del 2015 se propuso un manejo quirúrgico integral con el objetivo de abordar todos los posibles generadores de dolor de manera simultánea. Este abordaje fue cuidadosamente planificado e incluyó las siguientes intervenciones:

1. **Dolor discogénico:** Tratado mediante una fusión intersomática del disco con técnica TLIF (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion).
2. **Dolor facetario:** Abordado mediante instrumentación transpedicular.
3. **Hernia discal:** Resuelta con microdiscectomía.
4. **Estrechez del canal lateral:** Corregida mediante laminectomía y foraminotomía.

Esta estrategia quirúrgica exhaustiva fue diseñada para abordar todos los factores contribuyentes al dolor, y se implementó con éxito el 13 de noviembre de 2015. Es importante señalar que no existen procedimientos adicionales en la literatura que traten de manera más completa los generadores de dolor de esta naturaleza.”

✓ **Posterior a la cirugía el material de osteosíntesis o tornillos quedaron en su posición y la paciente si refirió mejoría:**

Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente si refirió mejoría tanto así que en la historia clínica de 13 de noviembre de 2015 la lumbalgia disminuyó progresivamente posterior a la cirugía quedando en posición los tornillos y tal y como se observa casi durante un año no tuvo queja o molestia en sus consultas médicas.

Se observan valoraciones postquirúrgicas por parte del Dr. Mauricio Toscano de 15 de enero de 2016, 4 y 15 de febrero, 31 de marzo y 4 de mayo de 2016 en donde se deja anotado que se encuentra en un postoperatorio satisfactorio, ha venido disminuyendo el dolor lumbar y la movilidad de los miembros inferiores y se moviliza mejor.

En consulta realizada por el Dr. Mauricio Toscano de 19 de julio de 2016 se revisa RX Lumbosacra de 17 de mayo de 2016 en donde se observa que los tornillos se encuentran en buena posición, que se recuperó espacio intervertebral L5-S1, que no presenta listesis, ni segmento adyacente, ni hipolordosis ni escoliosis

De ahí se puede colegir que no existe ningún acto médico reprochable en el procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 al cual se le pueda atribuir el daño que manifiesta haber padecido la paciente, de manera tal que en el presente caso no existió el primer elemento de la responsabilidad, esto es la culpa, pues la conducta de las demandadas siempre estuvo permeada por la prudencia, diligencia, pericia y cumplimiento de la lex artis, tanto así que el demandante no ha logrado probar donde está la conducta reprochable del médico tratante a la que se le está atribuyendo el daño de dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis y pseuartrosis.

En ese sentido, hecha la revisión de la conducta de los médicos adscritos a la CLÍNICA DE MARLY, MAURICIO TOSCANO HEREDIA y la de la aseguradora Compensar E.P.S., se observa que se ajustó a la lex artis, sin que exista una conducta que se considere como violatoria de los reglamentos o de la literatura científica que hubiera sido la causante del daño alegado.

Por lo anterior, debe descartarse la existencia del primer elemento de la responsabilidad, esto es, la conducta de tipo culposo o doloso.

4.2. INEXISTENCIA DE RELACIÓN CAUSA - EFECTO ENTRE LA CONDUCTA DE COMPENSAR E.P.S. Y EL DAÑO ALEGADO POR EL DEMANDANTE – AUSENCIA DEL SEGUNDO ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD.

En relación a COMPENSAR E.P.S. como ya se dijo y demostró, este siempre autorizó y garantizó la prestación de todo lo requerido en la IPS demandada, en otras IPS y a través de sus médicos, y, ciertamente, su actuación se limitó, conforme era su deber legal, a garantizarle a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT de forma completa, oportuna y diligente el acceso a los servicios de salud que requería.

En relación a todos los servicios, insumos y medicamentos autorizados por Compensar E.P.S. se encuentran debidamente relacionados en la prueba documental denominada Kardex de Uso.

Sin perjuicio de lo anterior, adicionalmente deberá tenerse en cuenta que al no existir ningún tipo de participación de mí representada en la atención médica de CLÍNICA DE MARLY y MAURICIO TOSCANO HEREDIA, que, según aduce la demandante le generó un resultado dañoso, esta defensa debe manifestar que, en este caso, está demostrada la ausencia de un nexo de causalidad entre la conducta desplegada por la EPS y el supuesto daño que alegan los demandantes.

1. Se recuerda que en Colombia según la jurisprudencia consolidada de la Corte Suprema de Justicia, en materia del nexo de causalidad de la responsabilidad médica rige la teoría de la causalidad adecuada, en virtud de la cual, el juez a partir de un examen ponderado de todos los antecedentes que confluyen en la producción de un resultado, a partir de las reglas de la experiencia, es que se debe determinar la causa idónea que desencadena el daño.

Sobre el particular, es preciso destacar que la tesis consolidada de la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia se enfoca a establecer, definir y demostrar la relación de causalidad a partir de la teoría de la causalidad adecuada. En efecto, en la sentencia del 16 de Junio del 2021 / SC 2348-2021, la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación

Civil con ponencia del Magistrado Alvaro Fernando Garcia Restrepo insistió en lo siguiente:

“1) Como de un tiempo a esta parte lo viene predicando la Corte, el nexo causal, distinguido como uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, cualquiera sea su naturaleza, no puede reducirse al concepto de la “causalidad natural” sino, más bien, ubicarse en el de la “causalidad adecuada” o “imputación jurídica”, entendiéndose por tal el razonamiento por medio del cual se atribuye un resultado dañoso a un agente a partir de un marco de sentido jurídico: SC13925-2016. 2) El objeto de la imputación -el hecho que se atribuye a un agente- generalmente no se prueba directamente, sino que requiere la elaboración de hipótesis inferenciales con base en probabilidades. De ahí que con cierta frecuencia se nieguen demandas de responsabilidad civil por no acreditarse en el proceso un ‘nexo causal’ que es difícil de demostrar porque no existe como hecho de la naturaleza, dado que la atribución de un hecho a un agente se determina a partir de la identificación de las funciones sociales y profesionales que el ordenamiento impone a las personas, sobre todo cuando se trata de probar omisiones o ‘causación por medio de otro’: SC13925-2016. 3) Así las cosas, en el establecimiento del nexo causal concurren elementos fácticos y jurídicos, siendo indispensable la prueba -directa o inferencial- del primero de ellos, para lograr una condena indemnizatoria. El aspecto material se conoce como el juicio sine qua non y su objetivo es determinar los hechos o actuaciones que probablemente tuvieron injerencia en la producción del daño, por cuanto de faltar no sería posible su materialización. Para estos fines, se revisa el contexto material del suceso, analizado de forma retrospectiva, para establecer las causas y excluir aquellos que no guardan conexión, en términos de razonabilidad. Con posterioridad se hace la evaluación jurídica, con el fin de atribuir sentido legal a cada gestión, a partir de un actuar propio o ajeno, donde se hará la ponderación del tipo de conexión y su cercanía: SC 3348-2020.”

Es así que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha precisado que la determinación del nexo de causalidad atiende a la teoría de la causalidad adecuada, en virtud de la cual, se entiende que el juzgador, entre todas las causas que confluyen en la producción de un resultado, a partir de un ponderado análisis de las pruebas debe escoger aquel antecedente que, de acuerdo con las reglas de la experiencia y del sentido de la razonabilidad, sea el más idóneo para la producción del resultado.

De lo anterior, se concluye que **no es admisible** que se afirme que la conducta que desplegó mi representada (COMPENSAR) para cumplir íntegramente con sus obligaciones legales y contractuales como ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD y no ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, garantizando la efectiva prestación del servicio de salud a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT en su red hospitalaria y ambulatoria, y, procediendo a autorizar todos los servicios ordenados por los médicos tratantes, bajo las reglas de la experiencia y la lógica de lo razonable, puede llegar a considerarse como el antecedente que produjo el supuesto resultado dañoso (dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis, trastorno de control de esfínteres y pseuartrosis) que se alega en el libelo de la demanda.

2. Al analizar con detenimiento y ponderación los supuestos fácticos inherentes al presente proceso, es posible evidenciar que la causa determinante del supuesto daño alegado por la demandante, ciertamente, no provino de una negativa de **COMPENSAR EPS** para garantizar el acceso del paciente a los servicios que le fueron prescritos por los médicos tratantes, toda vez que, además de que se tiene que mi representada procedió a autorizar la totalidad de los servicios que le fueron prescritos al paciente, está probado que el supuesto daño que alega la demandante no fue consecuencia de una desidia o negligencia de mi representada para dar cabal

cumplimiento a las obligaciones a su cargo como entidad aseguradora (EPS), supuestos daños en la salud de la demandante que no pueden ser atribuibles a la cirugía de noviembre de 2015, o no padeció, o son riesgos inherentes, o fueron riesgos inherentes consentidos o fueron afectaciones que presentaba antes de la cirugía o que se presentaron como consecuencia del desarrollo natural de su propia enfermedad, eso sí, no atribuibles a un mal actuar médico.

3. Siendo contundente que existió plena diligencia en los trámites administrativos adelantados por **COMPENSAR EPS** -- para la cobertura y autorización de todos los servicios médicos que se le prestaron al paciente en las IPS y mediante los médicos que participaron, es claro que no existe ninguna relación de causalidad entre la conducta desplegada por mi representada y el presunto daño que alega la demandante.

Lo anterior, máxime cuando es claro que, en el presente caso, realmente, los demandantes en ningún momento cumplieron con su carga de acreditar el nexo de causalidad entre el comportamiento desplegado por **COMPENSAR EPS** y el daño alegado por los demandantes. Contrario sensu, como prueba documental y mediante el Kardex de Uso, se logra probar todos y cada uno de los servicios, insumos y medicamentos que se le suministraron a la demandante desde 2009 al 2024.

Así las cosas, está plenamente desvirtuada la existencia de un nexo de causalidad entre las actuaciones administrativas adelantadas por **COMPENSAR EPS** para asegurar, a través de su red de prestadores, la cobertura en salud que requirió su afiliado y el supuesto e inexistente daño alegado por la parte actora.

4. Por último y teniendo claridad que no se configura un nexo causal entre la conducta desplegada por Compensar y el daño alegado por el demandante; debe indicarse que tampoco se configura nexo causal o es posible atribuirse jurídicamente el daño (dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis y pseuartrosis) a la CLÍNICA DE MARLY SA. y al Dr. MAURICIO TOCANO HEREDIA por las razones que se expondrán en la siguiente excepción de mérito.

4.3. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO – AUSENCIA DEL TERCERO ELEMENTO DE LA RESPONSABILIDAD.

La hago consistir en que un daño antijurídico que pueda ser atribuible a mi representada o a cualquiera de las aquí demandadas, se debe entender como el que *“la víctima no está en obligación legal de soportar”*⁵-

Al respecto del daño, la doctrina ha señalado:

“El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil. Estudiarlo en primer término es dar prevalencia a lo esencial en la figura de la responsabilidad”⁶ (Negrillas propias)

Consideramos que resulta totalmente desacertado por la parte demandante pretender que se declare la existencia de un daño sin prueba idónea, y, en según lugar obtener de este una indemnización cuando se trata de un daño que no es antijurídico.

⁵ VELÁSQUEZ POSADA Obdulio. Op cit. pág. 115.

⁶ Henao, Juan Carlos. El Daño. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, 1998. p. 36, 37.

El dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis, el trastorno de control de esfínteres y pseuartrosis no son daños antijurídicos ni de orden indemnizable ni son atribuibles a la cirugía realizada el 15 de noviembre de 2015, pues:

- a) **El dolor crónico intratable, la limitación física, la pérdida de fuerza y parestesias en su miembro inferior izquierdo** las tenía previo al procedimiento quirúrgico y es parte de los síntomas de su enfermedad de base y su dificultad para sobrellevarlos. Así, en las historias clínicas previo a la cirugía se observa como por su propia patología la señora INGRID ya presentaba dependencia grave y notable, limitaciones físicas, dolor fuerte y crónico, dificultades para la marcha, requería ayuda para levantarse de las sillas, entre otros;

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	13/12/2014	Síntomas de Dolor Lumbar 8/10 que se agudiza con caminata de largas distancias.
USS COMPENSAR	20/12/2014	Paciente con escala numérica de dolor de 8/10.
USS COMPENSAR	19/01/2015	Paciente persiste con dolor crónico
USS COMPENSAR	02/02/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor en región lumbar calificado en 10/10 EAV permanente - Postura: inclinación del tronco hacia la izquierda y pelvis en ante versión abdomen protruido. - ROM limitado por dolor. - Edema en espinales bajos - Retracciones severas en cadena posterior - Limitación funcional moderada a severa - Neurológico: disestesias en dermatomas I5 s1 derecho e hipoestesia en MID predominio distal.
USS COMPENSAR	10/02/2015	Paciente continua con dolor crónico a nivel lumbosacro irradiado a región pélvica
USS COMPENSAR	16/02/2015	No hay mejoría de dolor ha incrementado además presenta parestesias costeantes en pierna izquierda, hipoestesia en dermatomo I5 s1
USS COMPENSAR	03/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> - Cuadro de 5 meses de evolución de dolor en región lumbar de intensidad moderada a severa 9/10 constante, con irradiación a miembro inferior izquierdo, con sensación de calambre y corrientazo, dolor tipo ardor. - Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	22/04/2015	Paciente con dolor lumbar incapacitante
USS COMPENSAR	29/04/2015	<ul style="list-style-type: none"> - El dolor es permanente - Limitación funcional.
USS COMPENSAR	12/06/2015	- Fue evaluada por médico psiquiatra, quien según la paciente le formuló pastillas de imipramina para sustituir el tramadol, pero la paciente lo continuó tomando porque dice que seguía con mucho dolor.

	<ul style="list-style-type: none"> - Dice que es auditora y que debe cargar una maleta muy pesada y por ello no puede seguir en la misma actividad. - Se queja de dolor en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda, en la cara posterior del muslo y se extiende hasta los dedos del pie izquierdo. Dice que el dolor en la cintura es como picadas. El dolor en la cara posterior del muslo es como un peso y como quemadura por dentro. Dice que los dedos del pie "se paralizan". Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10. - Duerme mal porque el dolor no la deja acomodarse en la cama. - La tienen que ayudar a pararse después de estar mucho rato sentada. - Dice que no puede caminar más de 5 cuadras. - Psiquiátrico: Tiene folder con muchos documentos médicos. Insiste en que se debe realizar un bloqueo lumbar por indicación del neurocirujano. Algunas respuestas son confusas o contradictorias y no coinciden con los registros escritos del Vitasys. - Hay datos que sugieren un fuerte componente somatomorfo, que en mi concepto es predominante.
--	---

b) La **afección psiquiátrica** por su dolor y la forma como lo vivía también se dio desde antes del procedimiento quirúrgico tanto así que:

- El **22 de abril de 2015** acude al servicio de psiquiatría en la cual se diagnostica DOLOR PERSISTENTE SOMATOMORFO.
- El **4 de mayo de 2015** asiste a consulta por psiquiatría en donde se reporta que la paciente fue vista por cirugía de columna en la cual se definió que si bien hay alteraciones en columna no son quirúrgicas en el momento. Se deja anotado como diagnóstico "OBSERVACION POR SOSPECHA DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO".

De igual forma se observa que **NO ES CIERTO** que después de la cirugía realizada en noviembre de 2015 hubiera empezado a presentar problemas de sueño, pues tal y como se observa en historia clínica de 12 de junio de 2015 la paciente ya venía presentando problemas de sueño:

Examen y Control

Se queja de dolor en la cintura a los dos lados y en la extremidad inferior izquierda se extiende hasta los dedos del pie izquierdo. Dice que el dolor en la cintura es en la cara posterior del muslo es como un peso y como quemadura por dentro. Dice que los dedos del pie "se paralizan". Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10. Duerme mal porque el dolor no la deja acomodarse en la cama. No dice que a veces la tienen que ayudar a pararse después de estar mucho rato sentada. Dice que no puede hacer labores domésticas por recibir visitas. Dice que el dolor le cabía en el genio peor que desde que está en tratamiento mucho "para que el dolor no la consuma".

c) En relación al **Pie caído**, se tiene que si bien no sólo puede producirse por la propia patología de la paciente y hasta por el procedimiento quirúrgica que se le realizó (pero ello no está probado por la parte demandante), lo cierto es que la señora INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT no tiene pie caído.

- Lo primero que se debe indicar es que previo al procedimiento quirúrgico de noviembre de 2015 se estableció la debilidad que presentaba la paciente en su pie izquierdo producido por su propia patología, situación está que es totalmente diferente a presentar pie caído, patología que no tiene la paciente como más adelante se verá.

Veamos las veces en que se describió la debilidad en el pie izquierdo antes de la cirugía de nov. De 2015:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	16/02/2015	presenta parestesias costeantes en pierna izquierda, hipoestesia en dermatomo l5 s1
USS COMPENSAR	03/03/2015	- Sensación de inestabilidad de cuello de pie.
USS COMPENSAR	04/03/2015	- El dolor es permanente - Limitación funcional
USS COMPENSAR	12/06/2015	Dice que la piel de la extremidad se siente "como dormida". Dice que a veces no le obedecen y que es coja de la pierna izquierda y que a veces esta pierna pierde la fuerza. El dolor es continuo, sin horario. Es severo 9/10.

- Ahora bien, posterior al procedimiento quirúrgico se dejan múltiples anotaciones donde se evidencia que la paciente no tiene pie caído, si se tiene en cuenta que se reporta marcha antálgica (marcha por dolor) pero no marcha en estepaje (por pie caído), sumado a que se reporta marcha en talones lo cual sería imposible en un pie caído:

IPS	Fecha	Descripción
USS COMPENSAR	09/09/201	Marcha antalgica
USS COMPENSAR	01/10/2016	Marcha adecuada
USS COMPENSAR	06/10/2016	Marcha en puntas con dolor, marcha en talones con dolor
USS COMPENSAR	19/10/2016	Marcha antalgica sin ayuda externa
USS COMPENSAR	02/11/2016	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	21/11/2016	CON TRANSTORON DE MARCHA POR DOLOR
USS COMPENSAR	16/12/2016	: Ingresa con su esposo (Victor Galindo). Marcha con muleta canadiense, la cual maniobra de manera atípica.
USS COMPENSAR	06/01/2017	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	06/01/2017	: EXISTE PATRON DORSIFLEXOR Y PLANTIFLEXOR DE PIE, QUE EN LA MARCHA SE AGOTA POR DOLOR LUMBAR
USS COMPENSAR	10/02/2017	Marcha antálgica
USS COMPENSAR	06/04/2017	Marcha antálgica

Todo lo anterior es confirmado con la valoración realizada por la Dra. Claudia Liliana Robayo, médica especializada en fisiatría el 27 de julio de 2021 en la cual indica que la paciente **NO TIENE PIE CAIDO** y que por lo tanto no cuenta con criterios para uso de ortesis de ayuda en la marcha como OTP (ortesis tibiopédica) y ordena fisioterapia para reentrenamiento de la marcha por disminución de la masa muscular por desuso:

Episodio : 34226137 Paciente : INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT Identificación : CC - 52794764

Historia Clínica de Ingreso

Clasificación : Diag. Principal
 Tipo : Confirmado Repetido
 Finalidad Consulta : No Aplica
 Causa Externa : Enfermedad general

Analisis y Plan

PACIEWNT EOCN IDX ANOTADO QUEIN EN EL MOMENTO NO ENCUENTRO CRITERISO PARA USODE OTP NO TIEN PIE CAIDO CONSIDEWRO QUESE BENEFICIA DE TEPRIA FIISCA PARA RENETRNEMANITO EN MARCHA Y PROPIOPCEIOSN ADEMÁS SE SOLCIT AEDX D EMMSS EVLAUR STC PATOLOGIA DE SOBRE USO PORT USO PROLONGADOIDE AYUDA PARA LA AMRCHA

Clasificac.de la Atención : Consulta Externa

Responsable Firmar
 No. Interlocutor : 2000012425
 Responsable : ROBAYO MONTAÑA CLAUDIA LILIANA
 Registro : 52800785
 Especialidad : MEDICINA FISICA REHABILITACION

Fecha : 27.07.2021 Hora : 13:06

- d) En relación al **trastorno de control de esfínteres** particularmente la vejiga neurogénica es una condición que de manera tajante no se puede atribuir al procedimiento quirúrgico por las siguientes razones:

La vejiga neurogénica fue descartada en valoración del 26 de octubre de 2020 por el Dr. Miguel Berbeo, médico neurocirujano quien indicó que la pérdida de control de esfínteres no se explica por los hallazgos en las imágenes diagnósticas realizadas en cerebro (RMN de cerebro) y en columna cervical y torácica que arrojaron resultados normales sin lesiones compresivas:

Revisión por Sistemas y Examen Físico : ***** SIGNOS VITALES ***** ***** EXAMEN FISICO POR REGION *****
 ***** REVISIÓN POR SISTEMAS *****

Análisis : EL CUADRO CLINICO ACTUAL NO CONFIRMA DEFICIT NEUROLOGICO MOTOR OBJETIVO AUNQUE SI SENSITIVO INCLUYENDO LASEGUE IZQUIERDO. APARENTE TRAYECTO ANOMALO DEL TORNILLO DE S1 IZQUIERDO QUE EXPLICARIA PARTE DEL CUADRO. NO TENGO EXPLCIACION PARA LA ALTERACION DE ESFINTERES. ÑLA RMN NO LO EXPLICA Y REFIERE ESTUDIOS DE COL TORACICA, CERVICAL Y CEBREBO SIN COMPRESIONES NEURALES. SE EXPLCIA SITUACION. SE DECIDE SOLICITAR TAC DE COLUMNA LUMBOSACRA, ORTOGRAMA, RX DINAMICAS COL LUMBOSCARA, VALORACAION POR RERUMATOLOGIA.

Aunado a lo anterior y como ya se dijo, la manifestación después de un año de la cirugía de incontinencia urinaria no guarda relación con esta, pues de haberse producido allí se hubiera manifestado de manera inmediata, adicionalmente no tienen relación con la supuesta lesión de las raíces L5 -S1 (nivel de la columna que se intervino) pues los nervios involucrados en estos trastornos son los pudendos que corresponden a las raíces S2-S3-S4 que no tienen ninguna relación con la cirugía.

- e) En relación a la **soltura de tornillos, fibrosis y pseudoartrosis** se tiene que son riesgos inherentes a la cirugía de artrodesis de columna de rara o bajísima ocurrencia descritos en la literatura médica en un 1%, 8% y en 1.6% (de acuerdo a dictamen pericial aportado), respectivamente, riesgos que entre otros fueron informados a la paciente y en muestra de su aceptación firmó consentimiento informado, y que en caso

de no darse por demostrarse por la demandada que existió información de estos riesgos, debe indicarse que tampoco existía obligación a cargo del galeno de informar estos riesgos de rara ocurrencia y así lo ha indicado la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, por ejemplo en la sentencia SC4786-2020 del 7 de diciembre 2020:

“No se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta en su sometimiento. Bien se ha dicho que « [e]ste deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos, que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerumque accidit, porque no puede desconocerse que el operador de salud debe balancear la exigencia de información con la necesidad de evitar que el paciente, por alguna eventualidad muy remota, inclusive, evite someterse a una intervención, por más banal que ésta fuera»

11. Así lo ha reconocido la Corporación: *«no puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el ‘consentimiento informado’ situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran»* (SC9721, 27 jul. 2015, rad. n.º 2002-00566-01).”

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil en sentencia SC-917/2020 del 14 de septiembre de 2020 indicó que:

*“Cuando se materializa una contingencia innata a la intervención, el daño no tiene carácter indemnizable porque **no proviene de un comportamiento culposo atribuible al galeno.** Sobre este concepto, recientemente decantó la Sala:*

*«La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”. Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica **que riesgos inherentes son las complicaciones,** contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, **sea por causa de las condiciones especiales del paciente,** de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, **no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.**”* (Subrayado y negrita texto afuera)

Por tal razón, dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis, el trastorno de control de esfínteres y pseuartrosis **NO PUEDE CONSIDERARSE COMO UN DAÑO ANTIJURÍDICO**, toda vez que como ya se señaló anteriormente estos son inexistentes, o los tenía la paciente antes de la cirugía, o es imposible que hayan sido causados en la cirugía o son riesgos inherentes a la cirugía pero exóticos, pero jamás se causaron por el actuar imprudente o contrario a la lex artis del facultativo tratante.

Concluyendo todo lo anterior, nos encontramos ante la inexistencia de daño de tipo antijurídico por las razones fácticas antes expuestas y porque tal y como lo que ha dicho la Corte Suprema de Justicia el daño que no es producido a consecuencia de un comportamiento culposo no puede tener el carácter de indemnizable.

4.4. TEORÍA DEL “RIESGO DEBIDO” EN LA MEDICINA - LA CIENCIA MÉDICA ES UNA ACTIVIDAD QUE COMPORTA LA POSIBILIDAD DE EXISTENCIA DE RIESGOS QUE SON ASUMIDOS A CAMBIO DE UNA POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN EN LA SALUD – EXISTENCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Bien lo ha advertido la jurisprudencia en especial la doctrina que si bien y por regla general quien crea el riesgo es quien asume el mismo, tal regla no se aplica en la actividad médica pues aquí se invierte. Si quien se beneficia del riesgo de la medicina es “la salud del paciente” el riesgo lo asume el mismo a menos que se pruebe que el riesgo se materializa por culpa comprobada del médico:

“Por otro lado, es cierta forma, cuando el medico interviene al paciente, la situación esa riesgosa para este, no tanto por la actividad misma del médico sino por el estado de salud del paciente. Osea que no sería extraño pensar que el riesgo lo está creando realmente el paciente, y el médico, en virtud de un deber y de una justificación legal, trata de recuperar la salud del enfermo (riesgo debido). Es en virtud del cumplimiento de un deber que el médico actúa.”⁷

Así las cosas, como se observa, en la medicina no es el médico quien crea el riesgo, es el paciente quien lo crea con la necesidad de la atención médica y quien finalmente se beneficiaría de esta (riesgo debido).

2. Partiendo de tal presupuesto donde se indica claramente que quien asume el riesgo de la ciencia médica, inicialmente es el paciente por el (riesgo debido), se debe advertir que en el caso que nos ocupa no es la excepción.

Tal y como se ha venido manifestando y se probará, está comprobado científicamente que la artrodesis comporta riesgos inherentes, riesgo que se puede materializar independientemente de que se aplique una adecuada técnica quirúrgica.

De esta manera, resulta imprescindible hacerle visible al despacho que hace parte de la historia clínica constancia documental del 13 de noviembre de 2015 en donde la paciente informa que el especialista le informó los riesgos de la cirugía, y en muestra de aceptación y entendimiento la paciente suscribió este consentimiento informado, veamos:

HISTORIA CLÍNICA No. 401204

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor: Mauricio Toscano y a los asistentes de su elección, para realizar en mi o en el (la) paciente Ingrid Boqueron Betancourt la siguiente intervención o procedimiento especial Arthrodesis lumbar posterior + Instrumentación lumbar.

Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.

Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y sustancias, Tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista.

Entiendo que el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes los juzgan necesarios.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** Para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histo-patológicos.

⁷ TAMAYO JARAMILLO, Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Legis, Bogotá D.C. 2013. Pág. 110.

La ley 23 de 1981 en su artículo 16 indica claramente que no se podrá advertir responsabilidad alguna en el médico por la materialización del **riesgo previsto**. Para tal efecto informará de estos riesgos al paciente o a sus familiares:

“ARTICULO 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

*El médico advertirá de **él al paciente o a sus familiares o allegados**.*

De esta manera y como quiera que el médico no responde por los riesgos propios de los actos médicos y que para tal efecto deberá informarlos de los riesgos o al paciente o a sus allegados se encuentran totalmente eficaz el consentimiento informado referido y puesto en conocimiento previamente.

Ahora bien, en relación a la **soltura de tornillos, fibrosis y pseudoartrosis** se tiene que son riesgos inherentes a la cirugía de artrodesis de columna de rara o bajísima ocurrencia descritos en la literatura médica en un 1%, 8% y en 1.6% (de acuerdo a dictamen pericial aportado), respectivamente, riesgos que entre otros fueron informados a la paciente y en muestra de su aceptación firmó consentimiento informado, y que en caso de no darse por demostrarse por la demandada que existió información de estos riesgos, debe indicarse que tampoco existía obligación a cargo del galeno de informar estos riesgos de rara ocurrencia y así lo ha indicado la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, por ejemplo en la sentencia SC4786-2020 del 7 de diciembre 2020:

“No se exige que la divulgación recaiga sobre todas las posibles situaciones adversas, por quiméricas que sean, sino que debe recaer sobre las normales o previsibles, con el fin de que el paciente asienta en su sometimiento. Bien se ha dicho que «[e]ste deber se extiende a los riesgos previsibles, pero no a los resultados anómalos, que lindan con el caso fortuito, y que no cobran relevancia según el id plerumque accidit, porque no puede desconocerse que el operador de salud debe balancear la exigencia de información con la necesidad de evitar que el paciente, por alguna eventualidad muy remota, inclusive, evite someterse a una intervención, por más banal que ésta fuera»

11. Así lo ha reconocido la Corporación: «no puede llegarse al extremo de exigir que se consignen en el ‘consentimiento informado’ situaciones extraordinarias que, a pesar de ser previsibles, tengan un margen muy bajo de probabilidad que ocurran» (SC9721, 27 jul. 2015, rad. n.º 2002-00566-01).

Tal y como se ha venido manifestando y se probará, está comprobado científicamente que todo procedimiento quirúrgico comporta riesgos que se pueden materializar independientemente de que se aplique una adecuada técnica quirúrgica y que en el caso eventual en que se llegase a probar por la parte demandante que la **soltura de tornillos, fibrosis y pseudoartrosis** se dio a consecuencia de la cirugía de columna debe indicarse que además deberá demostrarse que el mismo se dio a consecuencia de una conducta galénica culposa pues por ser este riesgo de extraña o imposible ocurrencia en la artrodesis de columna (1%, 8% y en 1.6% -de acuerdo a dictamen pericial aportado), respectivamente, no debía informarse previo a la realización de la cirugía, tal y como lo ha venido planteando la jurisprudencia.

4.5. MÉDICOS TRATANTES TIENEN RESPONSABILIDAD EN OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO.

De conformidad con los diferentes pronunciamientos producidos por las Altas Cortes de nuestro País y teniendo claro el correcto procedimiento realizado por los médicos en el caso bajo estudio, no existe responsabilidad alguna derivada de las atenciones médicas y en específico, de la atención médica que suministró la IPS CLINICA DE MARLY S.A.A y el Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA a la paciente, toda vez que se encuentra claro y demostrado que: i) con la realización de la cirugía de artrodesis no se garantizaba de ninguna manera que desapareciera el dolor crónico, la afectación psiquiátrica, la debilidad parestesias en el miembro inferior izquierdo, la dificultad para la marcha, el trastorno en el control de esfínteres o que no se configurara ningún riesgo inherente como la soltura de tornillos, pseudoartrosis o la fibrosis pero de rarísima ocurrencia a la misma, y que ii) con las cirugías siguientes en columna desaparecieran todas estas condiciones en la salud de la paciente, pues a pesar de su realización persisten.

En ese estado de las cosas, debe advertirse que no obstante lo anterior, todo acto médico de la atención a INGRID JOHANNA BAQUERO siempre fue tendiente a su seguimiento y valoración integral, diagnóstico y efectivo tratamiento, y que a pesar de haber puesto todos los recursos a su disposición, se generaron complicaciones en la salud de la paciente como riesgo de la propia medicina o condicionados por la misma paciente y su estado de salud, lo cual es viva muestra de que la medicina no es una ciencia de resultado sino de medio y que a pesar de actuar conforme a la *lex artis*, la evolución de un paciente puede presentar diferentes variables. Al respecto es pertinente hacer énfasis en el siguiente pronunciamiento:

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, sentencia del 24 de mayo de 2017, expediente No. SC7110-2017, Rad. No. 05001-31-03-012-2006-00234-01. M.P.: Luis Armando Tolosa Villabona. *“...Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios. La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”*

Al respecto, ha dicho HERRERA RAMÍREZ⁸ que *“es opinión prácticamente unánime que el contrato de asistencia médica genera una obligación de medios (**obligación de poner todos los medios disponibles en beneficio de la salud del paciente**) y no una obligación de resultado (obligación de curar).*

(...) es importante precisar que, tratándose de una obligación de medios, para incumplimiento contractual, no basta el daño del paciente sino que consiste en no haber puesto los medios necesarios para devolverle la salud al mismo. Es lo que en términos jurídicos ya referidos sería no haber actuado “con toda la diligencia de un buen padre de familia”.

Esta postura ha sido reiterada por OSPINA FERNÁNDEZ GUILLERMO, exmagistrado de la Corte Suprema de Justicia, quien ha señalado que:

⁸ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer, Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.

“... Las obligaciones son de medios cuando el resultado a que éstas apuntan sobrepasa lo que el acreedor justamente puede exigir al deudor... Esta clasificación coadyuva en la ardua labor que corresponde a los jueces de determinar, en cada caso concreto y según las circunstancias, si la obligación ha sido cumplida o no, o, mejor aún, si la prestación o prestaciones que ella impone han sido o no ejecutadas...”

Lo anteriormente expuesto nos permite afirmar sin temor a equivocarnos que a pesar de que la prestación del servicio brindado, fue ajustada a los procedimientos médicos establecidos y con observación absoluta de la Lex artis no se puede garantizar de manera alguna un resultado pues durante el curso de la misma el paciente va evolucionado de manera diferente con en el caso en estudio, lo cual no puede ser atribuible a un error inexcusable de los médicos tratantes como se ha venido explicando.

4.6. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR FALLA PRESUNTA DEL SERVICIO – RÉGIMEN DE FALLA PROBADA

1. De conformidad con la jurisprudencia consolidada de las altas cortes en materia de responsabilidad médica es patente que las obligaciones que contrae el médico son de medio y no de resultado. Por esto, puede afirmarse que no existe responsabilidad civil alguna de mi representada derivada de la atención médica prestada a INGRID JOHANNA. En este caso, es claro que los demandantes, como les correspondería en armonía con su carga procesal, no acreditaron la negligencia aducida frente a la prestación del servicio médico.

2. En este sentido, se itera que es la propia jurisprudencia consolidada tanto de la Corte Suprema de Justicia, como del Consejo de Estado, la que ha definido con certera claridad que la responsabilidad que surge en cabeza del profesional de la medicina no es de resultado, sino de medios. Al respecto, ha sostenido el doctrinante Herrera Ramírez⁹ lo siguiente:

“Es opinión prácticamente unánime que el contrato de asistencia médica genera una obligación de medios (obligación de poner todos los medios disponibles en beneficio de la salud del paciente) y no una obligación de resultado (obligación de curar).

(...) es importante precisar que, tratándose de una obligación de medios, para incumplimiento contractual, no basta el daño del paciente sino que consiste en no haber puesto los medios necesarios para devolverle la salud al mismo. Es lo que en términos jurídicos ya referidos sería no haber actuado “con toda la diligencia de un buen padre de familia”¹⁰.

Estos soportes doctrinarios dan cuenta de que, de ninguna forma, es admisible que la responsabilidad civil de un agente del Sistema de Seguridad Social en Salud o de un profesional tratante se active automáticamente ante la existencia de un resultado dañoso. En efecto, la responsabilidad médica se contrae a una responsabilidad de medios, en la que, es imperativo que la parte demandante acredite, bajo el régimen de la falla probada, con total certeza la existencia de una falla del servicio médico.

3. Así, para que se configure la responsabilidad civil médica es necesario que la parte actora establezca, acredite y pruebe la culpa del médico. Así lo ha sostenido la jurisprudencia consolidada y vinculante de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia¹¹ que, consistentemente, ha sostenido que la responsabilidad médica se alinea

⁹ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer. Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.

¹⁰ HERRERA RAMÍREZ, Fernando Javier. Manual de Responsabilidad Médica. Editorial Leyer. Bogotá D.C. 2008. Pág. 110.

¹¹ Citado por TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 54, cuando cita: “Entre otros, véanse los siguientes fallos: C.S.J. ala Civil Cas. Civ. 5

con una culpa probada, pues “presumir la culpa del médico, sin saber cuál fue la causa del daño, conduce, nada más ni nada menos, a una presunción de causalidad que no es más que una responsabilidad objetiva”¹². De esta forma, se tiene que “corresponde al paciente demostrar la culpa del profesional de la salud o de la institución que le prestó un servicio para que surja la responsabilidad”.¹³

Con esto, es dado que el hecho de presumir la culpa del médico, sin determinar la causa o establecer con certeza el causante del daño, lleva a que se someta al demandado a una responsabilidad objetiva que, por su parte, plantea un serio riesgo de enriquecimiento injustificado del demandante. Sobre el particular, el máximo órgano de la jurisdicción ordinaria civil, recientemente, se pronunció en el siguiente sentido:

“6.3.1. Suficientemente es conocido, en el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico-paciente como de medios.

*La conceptualización es de capital importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico**, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.”¹⁴*
(Subrayado y negrita texto afuera)

Como se logra advertir, es la parte demandante quien debe ocuparse de probar los supuestos axiológicos para que exista responsabilidad médica y no es factible entonces que se presuma la misma, ni que las entidades demandadas sean quienes deban verse avocadas a probar que su actuación se ajustó a los lineamientos de la *lex artis*, muy a pesar que en el presente escrito y en el material probatorio aportado se demostró que el actuar médico se ajustó a los lineamientos de la *lex artis*.

De esta forma, la acreditación de la culpa de la demandada y del nexo causal (además del daño) en procesos de responsabilidad médica corresponde a una carga que es imputable única y exclusivamente a la parte demandante, a quien le corresponde probar conforme a la evidencia científica y la literatura médica, que los médicos tratantes y, en general el personal médico de la CLÍNICA DE MARLY S.A. y el Dr. MAURICIO TOSCANO que atendieron a INGRID JOHANNA BAQUERO actuaron con culpa o dolo, y que con total certeza son ciertas sus afirmaciones relativas a que se produjo un daño en su salud producto de la “culpa técnica y la deficiente atención médica, quirúrgica y hospitalaria”

Dicho de otra manera, la demandante no prueba cual fue la conducta reprochable de manera intraquirúrgica a la cual se le pueda atribuir causalmente el daño que alega, contrario sensu la demandada si prueba que la cirugía estaba indicada, que era la última opción terapéutica para la paciente, que la técnica quirúrgica fue la adecuada y que la planeación estratégica si se dio toda vez que se realizaron todos los actos tendientes a que la paciente no presentara dolor posterior a la cirugía así: para el dolor discogénico por la discopatía L5-S1 se realizó en la cirugía la fusión intersomatica por técnica TLIF,

marzo 1940 G.J. Tomo XLIX pág. 996; C.S.J. Sala Civil Cas. Civ. 12 septiembre 1985 Informativo Jurídico Fasecolda No. 89 pág 16 y ss.; C.S.J. Cas. Civ. 26 noviembre 1986 Informativo Jurídico Fasecolda” No. 89 pág 30 y ss”.

¹² TAMAYO JARAMILLO, Javier. Sobre la prueba de la culpa médica, en derecho Civil y administrativo. Análisis Doctrinal y Jurisprudencial. Biblioteca Jurídica DIKE. Pág. 57.

¹³ YEPES RESTREPO, Sergio. *La Responsabilidad Civil Médica*. Biblioteca Jurídica DIKE, 6ª Edición, 2004, pág 79.

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala Civil. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01. Fecha: 24 de mayo de 2017.

para el dolor por la hernia discal se realizó en la cirugía la Microdiscectomía L5-S1, para el dolor por canal estrecho lateral se realizó en la cirugía la Microforaminotomía L5S1, para el dolor Facetario por artropatía se realizó en la cirugía la Instrumentación transpedicular., aunado a lo anterior, posterior a la cirugía se verificaron en múltiples ocasiones que los tornillos hubieran quedado en buena posición y pese a ello, la paciente siguió con el dolor crónico que presentaba previamente, de manera tal que este no puede ser atribuible a la cirugía sino a su propia patología y esto demuestra que la medicina es de medio y no de resultado.

Si se tienen en cuenta los anteriores planteamientos jurisprudenciales, es dado que, en el caso bajo estudio, **la parte demandante no cumplió con la carga probatoria que le resultaba exigible en virtud de lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso** de acreditar la supuesta negligencia de mi representada que supuestamente causó el daño, contrario sensu, la demandada demostró su actuar diligente y el rompimiento del nexo causal alegado por la demandante, aun no teniendo el deber de hacerlo.

4. Ahora bien, en este caso en particular y en lo relativo específicamente a COMPENSAR E.P.S, conviene destacar que concurren sólidas pruebas documentales que demuestran que su actuación administrativa se ciñó íntegramente a la órbita de sus obligaciones establecidas en los artículos 178 y 185 de la Ley 100 de 1993, en su calidad de entidad encargada del aseguramiento y la cobertura de los servicios de salud frente a su afiliada.

Cabe recordar que en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 con mucha claridad se delimitan las funciones de las entidades promotoras de salud¹⁵. Así entonces, de conformidad con lo allí dispuesto se evidencia que **COMPENSAR EPS** cumplió cabalmente con dichas obligaciones y funciones; disposición que, valga recordar, en ningún momento alude a que las entidades promotoras de salud deban tener una participación o responsabilidad directa en la prestación del acto médico como tal.

Lo anterior se sostiene en la medida en que, en el presente caso, es claro que mi representada: brindó i) acceso a controles por especialistas de Neurocirugía, Neurología, Clínica de Dolor, Fisiatría, Terapia Física y Ocupacional, Medicina Alternativa, Psiquiatría, Psicología, Medicina General, Medicina Laboral, Urología, Gastroenterología, Proctología, Otorrinolaringología, Cirugía Oral, Ginecología, entre otros ii) se autorizó la cirugía de alta complejidad de artrodesis en una IPS de iv nivel con un médico entrenado y perito para intervenir la columna (neurocirujano), iii) se autorizó la hospitalización en piso, Unidad de Cuidado Intermedio y Unidad de Cuidados intensivos que requirió la paciente, iv) Se sigue garantizando toda atención tendiente a la recuperación de la paciente, de manera tal que aquí no se incumplió ningún tipo de obligación propia del contrato de afiliación al PBS, de manera tal que aquí no se incumplió ningún tipo de obligación propia del contrato de afiliación al PBS, en relación al papel de COMPENSAR como E.P.S. y la naturaleza propia de sus funciones, pues en todo momento se ha puesto a disposición de la paciente los recursos técnicos, científicos y humanos para propender por el tratamiento y rehabilitación de su salud.

¹⁵ **“ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Todo esto, está acreditado con el hecho según el cual mi representada a través de su red hospitalaria y ambulatoria le garantizó a la paciente la atención en salud solicitada, procediendo a autorizarle los servicios prescritos por los médicos tratantes con la oportunidad requerida por estos, tal como está demostrado en la certificación denominada “Kardex de uso” que se aporta a la presente contestación de la demanda, en donde se leen la multiplicidad de servicios, insumos y medicamentos autorizados y suministrados a INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT que por su cantidad, resulta innecesario su transcripción en el presente escrito.

6. En definitiva, teniendo en cuenta que, realmente, no puede afirmarse que el dolor crónico intratable, afectación de la psiquis, pie caído, aflojamiento de tornillos, fibrosis haya sido producto de una culpa galénica y mucho menos, que esa perforación se hubiese originado a partir de una negativa de mi representada para cumplir con su obligación legal de garantizar los servicios médicos que le fueron prescritos a la paciente por parte de los médicos tratantes, y, estando también demostrado que **COMPENSAR EPS** autorizó y garantizó el acceso a los servicios médicos con plena oportunidad, debe concluirse que mi representada no incurrió en responsabilidad alguna y le garantizó a su usuario el acceso a una atención integral, eficiente y oportuna, todo ello en la medida en que la IPS y los médicos tratantes que valoraran a la paciente ordenaran e informaran de la necesidad de los servicios a realizar y la prioridad con la que estos se requerían practicar. (Ver Kardex de uso.)

Por lo anterior, es notorio el incumplimiento de la carga procesal a cargo de los demandantes de acreditar la falta de diligencia no sólo de **COMPENSAR EPS** sino de la **CLÍNICA DE MARLY S.A. y el DR. MAURICIO TOSCANO** frente a sus obligaciones de aseguramiento, cobertura y autorizaciones y de prestación del servicio médico, respectivamente, como presupuesto esencial y determinante para que se configure su responsabilidad.

4.7 INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA DE COMPENSAR EPS - HECHO EXCLUSIVO Y DETERMINANTE DE UN TERCERO COMO EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD:

1. Con respecto de la solidaridad alegada debe señalarse **QUE ESTA ES UNA INSTITUCIÓN LEGAL Y NO JURISPRUDENCIAL, QUE NO SE PRESUME NI SE APLICA DE MANERA AUTOMÁTICA A LAS E.P.S EN RELACIÓN AL ACTO MÉDICO DE UNA I.P.S**, sino que ésta deviene única y exclusivamente de haber cometido actuación culposa o dolosa por parte de COMPENSAR E.P.S. y que hubiere hecho concurso o ayudado a la producción del daño, en los términos del artículo 2344 del Código Civil, al tenor del cual se lee:

“ARTICULO 2344. <RESPONSABILIDAD SOLIDARIA>. Si de un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355.

Todo fraude o dolo cometido por dos o más personas produce la acción solidaria del precedente inciso” (Negritas y subrayas propias).

2. En el caso bajo estudio, no es admisible que se declare la responsabilidad solidaria de **COMPENSAR EPS**, tal como erradamente lo solicitan los demandantes. Lo anterior en la medida en que, es palmaria la ausencia del presupuesto de hecho que exige el artículo 2344 del Código Civil para la configuración de la responsabilidad solidaria, esto es, que se hubiese demostrado que mi representada tuviese participación en la atención médica y como tal en los procedimientos e intervenciones realizadas, las cuales, fueron practicadas autónoma e independientemente en virtud de los contratos de prestación de

servicios de salud No. SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005 y SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005.

3. Pues bien, en el contrato SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005 y SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005, se evidencia que la **CLÍNICA DE MARLY S.A** y el Dr. **MAURICIO TOSCANO HEREDIA**, respectivamente, se comprometieron con **COMPENSAR EPS** a prestar con altos estándares de calidad los correspondientes servicios de salud con autonomía técnica, médica y administrativa. Lo anterior, específicamente se desprende de lo dispuesto en la Cláusula décima quinta (15°) del aludido contrato de prestación de servicios, que es del siguiente tenor:

“CLÁUSULA 15°: AUTONOMÍA Y RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para los efectos del presente contrato, **EL CONTRATISTA** desarrollará con **plena autonomía científica, técnica y administrativa** la relación con el usuario, teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de complejidad; por tanto, **cualquier responsabilidad derivada de dicha relación será exclusivamente a cargo del contratista que presta los servicios.** COMPENSAR no se hace responsable por los perjuicios que puedan derivarse de la atención prestada por EL CONTRATISTA, con respecto a los resultados adversos, inmediatos producidos por efecto de la atención profesional o tratamiento prescrito. En el evento en que COMPENSAR sea requerido judicial o extrajudicialmente por el usuario atendido o sus representantes legales o familiares responsables o allegados con el fin de exigir indemnización por los perjuicios causados en razón o con ocasión del servicio prestado por EL CONTRATISTA, este se constituye desde ya en garante para el pago de la misma. Para los efectos EL CONTRATISTA concurrirá al proceso correspondiente en calidad de llamado en garantía; **En ultimas, EL CONTRATISTA se compromete a responder ante COMPENSAR por el total de los perjuicios sea judicial o extrajudicialmente,** para lo cual COMPENSAR repetirá o compensará posteriormente, las sumas de dinero que haya cancelado directamente por daños imputables al CONTRATISTA, incluido los pagos y costos ocasionados.” (Negritillas y subrayas fuera de texto).”

Por lo anterior debe indicarse que en el caso bajo estudio, se tiene que la **CLÍNICA DE MARLY S.A** y el Dr. **MAURICIO TOSCANO HEREDIA** dentro los términos específicos del respectivo contrato de prestación de servicios suscrito con **COMPENSAR EPS**, tiene plena independencia frente al manejo de cada caso médico y, ciertamente, está descartada cualquier forma de injerencia por parte de la EPS en el acto médico asistencial, por lo que resulta palmario que mi representada no tuvo ningún tipo de participación frente a los hechos que se demandan, pues simplemente se limitó, conforme con las obligaciones establecidas expresamente en los artículos 178 y 185 de la Ley 100 de 1993, a garantizar la cobertura en la prestación de los servicios a través de su red hospitalaria y ambulatoria y a autorizar los servicios requeridos por la paciente y, en tal medida, en el presente caso, no se configuran los presupuestos de la responsabilidad solidaria.

Nótese que la obligación que le asistía a mi representada se limitaba y circunscribía únicamente a la autorización de los servicios médicos que los prestaría directamente la **CLÍNICA DE MARLY S.A** y el Dr. **MAURICIO TOSCANO HEREDIA**, el cual era quien tenía a su cargo las atenciones médicas que requirió y recibió **INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT**, atención que se dio con total autonomía técnica, administrativa y médica, sin que ello implique entonces que pueda alegarse responsabilidad alguna por parte de mi representada con respecto a las atenciones médicas que autónomamente le prestaron los profesionales tratantes de esa IPS y el mencionado galeno.

Es, en virtud de lo anterior, su señoría, que en últimas quien debe responder ante el remoto evento de una condena, es la **CLÍNICA DE MARLY S.A** y el Dr. **MAURICIO TOSCANO HEREDIA**, pero jamás mi representada, pues en específico fueron estos quienes con total independencia y autonomía realizaron todas las atenciones médicas y no **COMPENSAR EPS**.

Así las cosas, al estar demostrado que, en el caso bajo estudio, no existió ningún tipo de participación o injerencia por parte de mi representada frente al procedimiento, no se configura la situación fáctica a la que hace referencia el artículo 2344 del Código Civil, para que pueda imputarse la responsabilidad solidaria de **COMPENSAR EPS**, tal como lo aducen equivocadamente los demandantes.

4.8. IMPROCEDENCIA DE CONDENA POR DAÑOS INMATERIALES ANTE LA INEXISTENCIA RESPONSABILIDAD CIVIL Y POR TRATARSE DE DAÑOS NO PROBADOS, IMPROCEDENTES, HIPOTÉTICOS E INCIERTOS QUE EXCEDEN EN VECES LOS TOPES JURISPRUDENCIALES

Hago consistir la presente excepción en señalar que el daño identificado por la parte actora como elemento de la responsabilidad civil no resulta ser indemnizable toda vez que el mismo no se reviste de real certeza es antijurídico, motivo por el cual se incumple con la característica básica de este elemento estructural del deber resarcitorio:

*“La premisa básica consiste en la reparación del daño causado, todo el daño y nada más que el daño, con tal que sea cierto en su existencia ontológica.
(...)”*

La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320).”¹⁶

Sumado a lo anterior, los perjuicios inmateriales solicitados desconocen los criterios para su causación y exceden en veces los criterios jurisprudenciales previstos por la honorable Corte Suprema de Justicia tal y como se explicó en la contestación de las pretensiones:

❖ Respecto de la liquidación del daño moral:

En efecto, la parte actora solicita el reconocimiento de 100 SMMLV o de \$ 130.000.000 por concepto de daño moral, cuando lo cierto es que la Corte Suprema de Justicia – Sala Civil estableció recientemente que la tasación para esa tipología de daño a favor de cónyuge e hijos, es de \$47.472.181, para cada uno por el fallecimiento en un accidente aéreo de su esposo y padre (SC4703-2021; 22/10/2021), como suma máxima, la cual únicamente es reconocida excepcional y no en todos los casos bajo ese tope sino para los casos más graves que implican la muerte del paciente¹⁷ circunstancias que en nada se acompañan con lo ocurrido en el caso de la paciente INGRID JOHANNA BAQUERO BETANCOURT relativo a relativo al dolor crónico que padece la paciente como consecuencia de un discopatía lumbar.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 9 de septiembre de 2010. Expediente 17042-3103-001-2005-00103-01 (M.P. William Namén Vargas)

¹⁷ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 22 de octubre de 2021, radicación: 11001-31-03-037-2001-01048-01, Magistrado Ponente: Luis Armando Tolosa Villabona.

❖ Respecto de la liquidación del daño a la vida de relación:

En efecto, la parte actora solicita el reconocimiento de 130 millones de pesos, es decir de 100 SMMLV a 2024, cuando lo cierto es que la Alta Corte ha establecido recientemente, en sentencia del 07 de Marzo de 2019¹⁸ el monto de \$ 30.000.000, es decir de 36 SMMLV como daño a la vida de relación a favor de la cónyuge que había quedado viuda luego de la muerte de su esposo, estableciéndose así una suma máxima, la cual únicamente es reconocida en los casos más graves que implican la muerte del paciente circunstancias que en nada se acompañan, sin ánimo de minimizar el dolor crónico que padece la paciente como consecuencia de su patología de base: discopatía lumbar:

“Así las cosas, emerge irrefutable que con la temprana e intempestiva muerte de su cónyuge, la gestora se vio privada de realizar actividades placenteras de tipo social, personal y familiar propias de unos esposos que están realizando su proyecto de vida común, las cuales eran exteriorizadas y advertidas en su círculo social, según se deduce de los testimonios recibidos.

En tal virtud, como esta modalidad de perjuicios de orden inmaterial deben ser tasados bajo el prudente juicio del juzgador, la Corte actuando en sede de instancia, considera que, de acuerdo con las circunstancias particulares del caso, la parte demandada deberá indemnizar a la accionante por este rubro en la suma de treinta millones de pesos (\$30.000.000).”

En este sentido, será preciso que se deniegue la pretensión por daños inmateriales por no probarse ni su existencia ni su monto, porque no se configuran los tres elementos para la declaratoria de responsabilidad civil y porque exceden en veces los topes jurisprudenciales.

4.9. IMPROCEDENCIA DE CONDENA POR DAÑOS MATERIALES ANTE LA INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL Y POR TRATARSE DE DAÑOS NO PROBADOS, IMPROCEDENTES, HIPOTÉTICOS E INCIERTOS.

Hago consistir la presente excepción en el hecho según el cual, al no configurarse todos los elementos constitutivos de responsabilidad civil médica, es improcedente acceder al reconocimiento de perjuicio alguno. Así, al no existir una conducta culposa, ni nexo causal, y mucho menos daño de naturaleza antijurídica, no existe responsabilidad y en tal virtud deben negarse las pretensiones respecto de cualquier tipo de perjuicio.

Sumado a lo anterior, los perjuicios materiales solicitados no se prueban ni en su existencia y ni en su *quantum* que exige el ordenamiento para su configuración. Bajo estos términos, esta defensa se opuso a las pretensiones y objeta el juramento estimatorio definido en la demanda en el acápite correspondiente, solicitándole comedidamente al despacho que se sirva declarar la improcedencia del perjuicio que se cuantifica en el presente aparte y proceda a condenar a los demandantes por la sanción a la que alude el numeral 4 del artículo 206 del Código General del Proceso.

Por lo anterior, en el evento en que el Señor Juez, aceptare una condena en contra de la demandadas por las desmesuradas cuantías por lucro cesante, **causaría un detrimento en el patrimonio de mi representada y un enriquecimiento sin justa causa en cabeza de la demandante**, dado que las sumas solicitadas o no se soportan con pruebas si quisieras sumarias o exceden cualquier criterio o referente jurisprudencial y/o legal.

¹⁸ Sala de Casación Civil, Corte Suprema de Justicia, 7 de marzo de 2019, radicación: 05001 31 03 016 2009-00005-01, Magistrado Ponente: OCTAVIO AUGUSTO TEJEIRO DUQUE

De lo expuesto, se tiene entonces que no puede existir condena alguna por concepto de daño material en atención a que se trata de un perjuicio eventual e hipotético, sin prueba alguna y demostración que sea actual, personal y lícito.

4.10. EXCEPCIÓN GENÉRICA.

Además de las excepciones propuestas en el presente escrito, propongo la denominada excepción genérica, en virtud de la cual, deberán declararse probadas las excepciones que no habiendo sido expresamente enunciadas, resulten probadas en el proceso y se funden en las disposiciones constitucionales, legales, contractuales y las directrices jurisprudenciales que constituyan el marco jurídico con fundamento en el cual habrá de decidirse el presente litigio.

Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 282 del Código General del Proceso, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

V. DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En escrito separado, con observancia de los preceptos del Código General del Proceso, en la misma oportunidad en que se presenta esta contestación de la reforma de la demanda, formularé los siguientes llamamientos en garantía:

- A LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES ORGANISMO COOPERATIVO, en virtud de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales No. AA198548 de la cual es tomadora y asegurada la Caja de Compensación Familiar Compensar.
- A CLÍNICA DE MARLY S.A. en virtud del contrato de prestación de servicios No. SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005, en el que LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, funge como contratante y la IPS como contratista.
- Al Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA en virtud del contrato de prestación de servicios No. SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005, en el que LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, funge como contratante y la IPS como contratista.

VI. DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

Solicito señor Juez, se decreten, practiquen y tengan como tales los siguientes medios de prueba de conformidad con el artículo 165 y siguientes del C.G.P:

6.1. DOCUMENTALES QUE SE APORTAN: Solicito se tengan como pruebas documentales las siguientes:

6.1.1. Certificado histórico de afiliación al PBS de INGRID JOHANNA BAQUERO BATANCOURT expedido por el proceso de salud aclaraciones.

6.1.2. Certificado histórico de afiliación al Plan Complementario de INGRID JOHANNA BAQUERO BATANCOURT expedido por el proceso de salud aclaraciones

6.1.3. Certificado de aportes histórico de INGRID JOHANNA BAQUERO BATANCOURT expedido por el proceso de salud aclaraciones.

6.1.4. Certificación Original del Kárdex de Uso en donde constan las autorizaciones de servicios expedidas por el programa entidad promotora de salud de la Caja de Compensación Familiar Compensar desde 2009 al 2024. Con esta prueba se pretende demostrar que mi representada garantizo el acceso a todos los servicios médicos requeridos por la paciente desde el año 2009, situación de la cual de manera evidente no se tiene reproche por parte de la demandante en cuanto a negación de servicios.

6.1.5. Copia del contrato de prestación de servicios SS.RIPE-INST 002/2005 del 2 de abril de 2005, suscrito entre CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR y la CLÍNICA DE MARLY S.A.

6.1.6. Copia del certificado de adscripción de la CLÍNICA DE MARLY S.A. a Compensar E.P.S. para la fecha de los hechos.

6.1.7. Copia del contrato de prestación de servicios SS.RIPE. MES 0244/2005 del 21 de febrero de 2005, suscrito entre CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR y el Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA.

6.1.8. Copia del certificado de adscripción del Dr. MAURICIO TOSCANO HEREDIA. a Compensar E.P.S. para la fecha de los hechos.

6.1.9. Dictamen pericial VERSA SOBRE EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA PRUDENCIA, DILIGENCIA, PERICIA Y LA LEX ARTIS, rendido por la Dra. Cindy Catalina Herrera.

6.1.9.1 Copia de la hoja de vida de la Dra. Cindy Catalina Herrera.

6.1.9.2 Copia de los títulos profesionales de la Dra. Cindy Catalina Herrera.

6.1.9.3 Copia de las certificaciones de experiencia profesional de la Dra. Cindy Catalina Herrera.

6.1.9.4 Copia de la literatura médica que la Dra. Cindy Catalina Herrera tuvo en cuenta para rendir su dictamen pericial:

1. Zaragoza, K., Quiroz, L. (2013). Complicaciones más frecuentes en el Síndrome de fracaso quirúrgico de la columna: hallazgos por imagen. Anales de Radiología México. 2: 58-69.
2. Peñalner, C., Rossi, M. Síndrome de cirugía fallida de columna (SCFC): Lo que el radiólogo necesita conocer para responder al cirujano. Sociedad española de radiología médica. 1-42.
3. Astiasaran, J. Artrodesis lumbar y lumbosacra: Osteosíntesis transpedicular semirrígida. Rev Asoc. Arg. Ortop y Traumatología. 64(1). 38-43.
4. Hernández, P. (2007). Síndrome de fracaso en la cirugía espinal lumbar. Rev. Soc. Esp. Dolor. 6: 437-446.
5. Escario, J. (2020). Complicaciones de las artrodesis de columna vertebral. Aspectos medico legales. 1-19.
6. Sartor, F. (2023). Complicaciones del abordaje anterior de columna lumbar en una serie de 197 pacientes. Rev Asoc Argent Ortop Traumatología. 88(6) 639-646.
7. Galiano, J. (2017). La resonancia magnética en problemas lumbares. Publicaciones didácticas. 83: 394-398.
8. Chiang, H. Susaeta, R. (2013). Incontinencia Urinaria. Revista médica Clínica condes. 24(2). 219-227.
9. Hernia discal lumbar: Tema 13 del temario de Neurocirugía de la Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: <https://neurorgs.net/docencia-index/temario-cuarto-curso-facultad-de-medicina/tema13-hernia-discal-lumbar/>.
10. Lara, R., Alanis, J. (2009). Fibrosis postquirúrgica de la columna lumbar. Acta Ortopédica mexicana. 23(2). 90-93.

6.1.10. Historia clínica Compensar.

6.1.11 Historia clínica de la Clínica de Marly del 13 de noviembre al 17 de noviembre de 2015.

6.1.12. Historia clínica de LOS COBOS MEDICAL CENTER

6.2. INTERROGATORIO DE PARTE:

6.2.1 Solicito al despacho se sirva hacer comparecer a la demandante, para que absuelva el interrogatorio de parte que personalmente le formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor.

6.3. DECLARACIÓN DE PARTE:

6.3.1. Solicito al despacho se sirva hacer comparecer al representante legal de la CLÍNICA DE MARLY S.A. para que rinda declaración de parte que personalmente le formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor.

6.3.2. Solicito al despacho se sirva hacer comparecer Al DR. MAURICIO TOSCANO HEREDIA para que rinda declaración de parte que personalmente le formularé para ello, respecto de los hechos que se narran en la demanda y en la contestación de la suscrita. El pliego de preguntas lo acompañaré en sobre cerrado o abierto una vez se encuentre decretada la presente prueba y que se aportará previamente a la fecha de su realización, reservándome en todo caso, el derecho a realizarlo de manera oral el día en que se fije fecha para la audiencia de rigor.

6.4. TESTIMONIAL:

Solicito al honorable Despacho se sirva fijar fecha y hora con la finalidad de recibir declaración de las siguientes personas:

6.4.1 Al doctor JORGE PATIÑO URIBE con registro médico 19062502, médico especializado en anestesiología quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente en su área durante el año 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Patiño podrá ubicarse en la Carrera 22 # 45 B - 38 Consultorio 610 de Bogotá y al correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.4.2 Al doctor JAIME JARAMILLO MEJIA con registro médico 10265196, médico especializado en anestesiología quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente en su área durante el año 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Jaramillo podrá ubicarse en el correo electrónico jaimejaramillom@outlook.com, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.4.3 Al doctor ALVARO AMEZQUITA TRUJILLO con registro médico 79151340, médico especializado en anestesiología quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente en su área durante el año 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Amezquita podrá ubicarse en la Carrera 69 No. 47-34 de Bogotá y al correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.4.4 Al doctora ANA PATRICIA NAVARRO DEVIA con registro médico 51783372, médico especializado en psiquiatría quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente en su área durante el año 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Amezquita podrá ubicarse en la Carrera 15 #118-41 con 101 a de Bogotá y al correo electrónico apn517@hotmail.com, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.4.5. Al doctora ANA PATRICIA NAVARRO DEVIA con registro médico 51783372, médico especializado en psiquiatría quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas atendió a la paciente en su área durante el año 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Amezquita podrá ubicarse en la Carrera 15 #118-41 con 101 a de Bogotá y al correo electrónico apn517@hotmail.com, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.4.6. Al doctor JOSÉ MARIA BEHAINE, médico especializado en neurocirugía quien declarará como testigo presencial y técnico de los hechos, toda vez que aquel fue quien conforme a las historias clínicas fue ayudante en la cirugía de 15 de noviembre de 2015. Lo anterior con el fin de que declare ante este Despacho sobre el resultado de la atención médica que le brindó a esta y las condiciones clínicas resultado de la misma, así como también sobre aquellas preguntas de las que me reservo el derecho a formularle al momento en que sea escuchada su declaración. El Dr. Behaine podrá ubicarse en la Carrera 6 # 72-34 de Montería, o en la dirección física o electrónica que en su oportunidad indicaré una vez sea decretada la prueba.

6.5. PRUEBA PERICIAL:

6.5.1 Adjunto al presente escrito me permito allegar dentro de la oportunidad concedida por la ley para tal efecto, el dictamen pericial, QUE VERSA SOBRE EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN rendido por la Dra. Cindy Catalina Herrera junto con su hoja de vida, literatura médica y los documentos que acreditan su idoneidad y experiencia del perito médico, especializado en auditoría médica y magister en salud ocupacional con experiencia en urgencias, medicina ambulatoria y hospitalaria, con la respectiva información de su localización.

6.5.2 Dando aplicación a lo dispuesto en el artículo 227 del Código General del Proceso y atendiendo a que el término del traslado de la contestación de la demanda es insuficiente para aportar el dictamen al que alude esta disposición, anunció que aportaré DICTAMEN

PERICIAL EN NEUROCIRUGÍA, en el término en que conceda el despacho que no podrá ser inferior a treinta días (30) días contado a partir de la providencia que otorgue el plazo.

VII. ANEXOS

- Original del Poder general otorgado a la suscrita otorgado mediante Escritura Pública No. 13144 del 15 de diciembre de 2015 de la Notaría 38 del Círculo de Bogotá D.C.
- Copia certificado de Existencia y Representación Legal de COMPENSAR EPS en donde consta que el Dr. Luis Andrés Penagos Villegas es el representante legal de la entidad que represento.
- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.

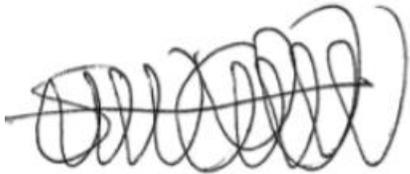
VIII. NOTIFICACIONES

Mi poderdante, en la ciudad de Bogotá, D.C. en la Avenida 68 No. 49 A – 47 de esta ciudad y al correo electrónico compensarepsjuridica@compensarsalud.com.

La suscrita apoderada, en mi oficina profesional de abogada ubicada en la Diagonal 44 No. 68b-80 de la ciudad de Bogotá D.C. y en el teléfono 4285088 EXT 25780-25788 al celular 3046314798 y/o en el correo electrónico: slgonzalezl@compensarsalud.com.

Del Señor Juez,

Atentamente,



SHIRLEY LIZETH GONZÁLEZ LOZANO

C.C. N°. 1.018.438.856 Bogotá D.C.

T.P. N° 244.256 del C. S. de la J.