**DAISY ALEJANDRA MÉNDEZ CLAVIJO**

Abogada – Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB

256

Señor (a)
JUEZ OCTAVA ADMINISTRATIVO MIXTO DEL CIRCUITO
Cúcuta
E. S. D.

**Referencia:** Medio de control de Reparación Directa iniciado por HERNANDO BLANCO AYALA Y OTROS contra FIDUPREVISORA Y OTROS
**Radicación:** 201700250-00
RESPUESTA OFICIO NO. 0878

DAISY ALEJANDRA MÉNDEZ CLAVIJO, mayor de edad, vecina de la ciudad de Bucaramanga, abogada titulada y en ejercicio, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. 63.546.185 de Bucaramanga y portadora de la Tarjeta Profesional número 168.872 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de Apoderada General de la entidad demandada FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL"; por medio del presente escrito manifiesto a la señora Juez que encontrándome dentro de la oportunidad procesal permitida, paso a dar contestación a la demanda interpuesta en contra de mi prohijada, en la siguiente forma:

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

*Primero.* – No me consta que se pruebe.

*Segundo.* – No me consta que se pruebe.

*Tercero.* – No me consta que se pruebe.

*Cuarto.* – No me consta que se pruebe.

*Quinto.* – No es cierto, la Fiduprevisora S.A. actuando como representante del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio es quién debe garantizar la atención de los docentes; los contratistas son meros prestadores de servicios de salud.

La UNIÓN TEMPORAL ORIENTE REGIÓN 5 y los partícipes de esta figura jurídica adquirieron la calidad de CONTRATISTAS de FIDUPREVISORA S.A. para la prestación de servicios de salud del magisterio desde el 30 de abril del año 2012 conforme contrato No. 120766-066-2012.

*Sexto.* – Es cierto.

*Séptimo.* – No me consta, esta certificación fue expedida por la FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA, no por mi representada la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL".

*Octavo.* – Es cierto.

*Noveno.* – Es cierto.

JUZGADO OCTAVO ADMINISTRATIVO MIXTO
Fecha: 26 OCT 2018 Hora: 11:20
No. Folios: 26
Recibido por:

*Décimo.* – No es cierto, conforme las probanzas arrimadas por la parte actora se observa en dos folios similares, pero ubicados en diferentes partes del cúmulo probatorio, que HERNANDO BLANCO AYALA ingreso el 7 de agosto de 2014 a la 1:36 a.m. y tiene una primera anotación de diagnóstico a las 11:43 a.m. en la que reza *INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN.*

Nada reza sobre la supuesta ANGINA.

Ahora, a partir de esa fecha recibió un manejo integral por dicha IPS conforme su nivel de complejidad hasta que FUNDACION MEDICO PREVENTIVA como CONTRATISTA encargado tramito la remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

*Décimo Primero.* – No me consta, por cuanto la copia de la historia clínica arrimada no revela la fecha de egreso. Me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

*Décimo Segundo.* – Si es cierto.

*Décimo Tercero.* – Si es cierto.

*Décimo Cuarto.* – No es cierto, el consentimiento informado precisamente corresponde a la información que suministra el cuerpo médico y la institución hospitalaria al paciente para que autorice la intervención quirúrgica que requiere este para procura de su mejoría, y en el que se le indica cual es el objetivo que se persigue y cuáles son los riesgos inherentes a la práctica del mismo.

*Décimo Quinto.* – No es cierto, de la historia clínica aportada no se aprecia el informe quirúrgico correspondiente, me atengo a lo que se pruebe dentro del plenario.

*Décimo Sexto.* – Es cierto, conforme se aprecia de la copia de la historia clínica arrimada, por ende se acepta.

*Décimo Séptimo.* – Es cierto, y se acepta.

*Décimo Octavo.* – No es cierto, lo que describe el actor en este hecho no corresponde con lo descrito por el cuerpo médico de FUNDACION FOSUNAB en la fecha de atención.

*Décimo Noveno.* – No es cierto, claramente en el análisis de los síntomas del paciente referidos en la historia clínica, señala que se SOSPECHA, mas no categoriza que presente efectivamente infección urinaria.

*Vigésimo.* – Es cierto.

*Vigésimo Primero.* – Es cierto.

*Vigésimo Segundo.* – No es cierta la transcripción parcial de la referencia del médico, la historia clínica reza:

**DAISY ALEJANDRA MÉNDEZ CLAVIJO**

Abogada – Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB

**Evolucion Tipo** Evolucion Adicional Fecha/Hora :08.09.2014 / 21:13

**Subjetivo:**

UROLOGIA RESPUESTA DE INTERCONSULTA PACIENTE POP REVASCULARIZACION MIOCARDICA QUEIN POSTERIOR A RETIRO DE SODNA URETRAL, REFIERETENESMO VESICAL, DISURIA, ADEMAS DE INTERMITENCIA, VACILACION Y DISMINUCION DEL CALIBRE DEL CHORRO, ADEMAS DE HEMATURIA EN UNAOCASION, LA CUAL RESOLVIO DE MANERA ESPONTANEA. NIEGA FIEBRE NO EMESIS SINTOMAS URIANRIAS PREVIOS CHORRO DEBIL, GOTEO EINTERMITENCIA

**Objetivo:**

ALERTA HIRDTADO AFEBRIL FC 78 FR 18 T 36.5 ABD BLANDO DEPREIBLE NO DOLOROSO G/U PENE TESTICULOS NORMALES TACTO RECTAL PROSTATA 30GR BENIGNA, RECESOS LIBRES

**Analisis de resultados:**

UROCULTIVO NGATIV PDO MICROHEMTURIA

**Plan:**

CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO RECOEMDANCIOENS SOBRE HABITO URINARIO SE INICIA MANEJO CON TAMSULOSINA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA SE
CIERRA INTERCONUSLTA

**Analisis:**

IMDX 1. INFECCION DE VIAS URINAIRAS 2. HPB/LUTS PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA URINARIA MIXTA POSIBLEMENTE SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE
HABER TENIDO SONDA URETRAL. ADEMAS YA VENIA CON SINTOMAS OBSTRUCTIVOS PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, AL EXAMEN FISICO PROSTATA
DE CARCATERISTICAS BENIGNAS. POR AHORA DEBE CONTINAUR MANEJO INSTAURADO POR SERVICIO TRATANTE SE INCIA MANEJO ALFABLOQUADOR CON
TAMSULOSINA SE DAN RECOEMDNACIONES GENERALES SOBRE CORRECTO HABITO URINARIO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

Justificacion para que el paciente continue hospitalizado:

MANEJO MEDICO SERVICIO TRATANTE

Nombre. VILLAREAL TRUJILLO, NICOLAS Especialidad: UROLOGIA Registro: 681460

---

**Evolucion Tipo** Evolucion Adicional Fecha/Hora :08.09.2014 / 21:27

**Subjetivo:**

NOTA ACLARATORIA SOBRE DIAGNSOTICOS: PACIENTE NO TIENE INFECCION URINARIA UROCULTIVO NEGATIVO. DIAGNOSTICO DE HPB/LUTS

**Objetivo:**

**Plan:**

NOTA ACLARATORIA SOBRE DIAGNSOTICOS: PACIENTE NO TIENE INFECCION URINARIA UROCULTIVO NEGATIVO. DIAGNOSTICO DE HPB/LUTS

**Analisis:**

NOTA ACLARATORIA SOBRE DIAGNSOTICOS: PACIENTE NO TIENE INFECCION URINARIA UROCULTIVO NEGATIVO. DIAGNOSTICO DE HPB/LUTS

Nombre: VILLAREAL TRUJILLO, NICOLAS Especialidad: UROLOGIA Registro: 681460

---

*Vigésimo Tercero.* – Es cierto, conforme el documento arrimado con la demanda.

*Vigésimo Cuarto.* – Es cierto, conforme el documento arrimado con la demanda.

*Vigésimo Quinto.* – Es cierto, conforme el documento arrimado con la demanda.

*Vigésimo Sexto.* – No me consta, y por lo tanto no me corresponde pronunciarme sobre este hecho, desde ya debo resaltar que estas actuaciones no fueron prestadas por mi representada la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL". Dichos aspectos serán materia de debate en el presente proceso.

*Vigésimo Séptimo.* – Es cierto lo descrito en el hecho referente al contenido de la historia clínica, conforme el material probatorio arrimado.

*Vigésimo Octavo.* – No me consta, según la demanda quién realizó resumen de la historia clínica fue Fundación Médica Preventiva y no mi representada la FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL". Dichos aspectos serán materia de debate en el presente proceso.

*Vigésimo Noveno.* – Es cierto, conforme el documento arrimado con la demanda.

*Trigésimo.* – No es cierto, que se pruebe.

*Trigésimo Primero.* – No me consta, y por lo tanto no me corresponde pronunciarme sobre este hecho, desde ya debo resaltar que al no ser practicada la atención médica por parte de FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL". Dichos aspectos serán materia de debate en el presente proceso.

*Trigésimo Segundo.* – No me consta, que se pruebe.

*Trigésimo Tercero.* – No es cierto, el diagnóstico es ESTRECHEZ URETRAL, NO ESPECIFICADA (En Estudio), RETENCIÓN DE ORINA.

*Trigésimo Cuarto.* – No es un hecho, es una consideración de la parte actora.

*Trigésimo Quinto.* – No es cierto, que se pruebe.

*Trigésimo Sexto.* – No es un hecho, es una conclusión del actor que deberá ser objeto de debate.

*Trigésimo Séptimo.* – No es cierto, son meras suposiciones y afirmaciones sin sustento científico y que serán objeto y materia de debate probatorio.

*Trigésimo Octavo.* – No es cierto, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente. Sin embargo, desde ya señor juez, mi representada Fundación Oftalmológica de Santander "Foscal" no tenía ninguna obligación con el señor Hernando Blanco.

*Trigésimo Noveno.* – Es cierto lo descrito en el documento.

*Cuadragésimo.* – Es cierto lo descrito en el documento.

*Cuadragésimo Primero.* – Es cierto lo descrito en el documento.

*Cuadragésimo Segundo.* – Es cierto lo descrito en el documento.

*Cuadragésimo Tercero.* – No me consta, que se pruebe, y por lo tanto no me corresponde pronunciarme sobre este hecho, desde ya debo resaltar que la atención no fue practicada por parte de mi poderdante FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL".

*Cuadragésimo Cuarto.* – No es cierto, carecen de sustento fáctico y científico dichas afirmaciones, que serán objeto de debate probatorio dentro de este proceso.

*Cuadragésimo Quinto.* – No me consta, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente.

*Cuadragésimo Sexto.* – No me consta, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente.

*Cuadragésimo Séptimo.* – No me consta, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente.

*Cuadragésimo Octavo.* – No me consta, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente.

*Cuadragésimo Noveno.* – No me consta, son afirmaciones que deberán probarse suficiente y fehacientemente.

A LAS PRETENSIONES Y DECLARACIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO EN FORMA GENÉRICA Y EN CADA UNA DE SUS FORMAS A LAS PRETENSIONES Y CONDENAS, y se justifica en que no existe hecho lesivo alguno por parte de FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL", ni consecuencia por los hechos enunciados; dado que no existe prueba de los daños y perjuicios causados por FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL" a los demandantes, por lo tanto no puede declararse ninguna Responsabilidad Médica, Administrativa, Civil ni Patrimonial en contra de mi defendida.

NO existe nexo de causalidad entre la actuación de mi representada judicial y las afirmaciones dadas por el apoderado actor que conllevaron al presunto daño de las vías urinarias del señor HERNANDO BLANCO AYALA.

**Frente a la pretensión primera.**– Me opongo a la pretensión en la forma como es propuesta por la parte actora, como quiera que mi representada FOSCAL por ningún hecho suyo, ni de sus dependientes directos o indirectos, por acción u omisión ha configurado una falla en el servicio en los términos descritos en los hechos de la demanda y por ende no es responsable de indemnizar los presuntos daños que dice sufrir HERNANDO BLANCO AYALA.

**Frente a la pretensión segunda.**– DE LAS CONDENAS, en virtud de la oposición a la pretensión declarativa de responsabilidad administrativa y patrimonial frente a mi representada, consecuencialmente me opongo a la imposición de cualquier tipo de condena, ya que mi representada no es causante del presunto daño sufrido por la parte actora, ni tiene obligación de indemnizar el mismo.

En cuanto al literal a, me opongo ya que mi prohijada no debe responder conforme la oposición a la pretensión primera declarativa, por ende no procede condena a ningún título por perjuicios por daño a la salud.

En cuanto al literal a, me opongo ya que mi prohijada no debe responder conforme la oposición a la pretensión primera declarativa,

por ende no procede condena a ningún título por perjuicios por perjuicios morales a favor de ninguno de los accionantes.

En cuanto al literal b, c y de me opongo, ya que tampoco procede condena alguna conforme la oposición a la pretensión primera declarativa, por ende no procede condena a ningún título por perjuicios por perjuicios morales a favor de ninguno de los accionantes.

En cuanto al literal e, me opongo, en principio habida cuenta de la oposición al a condena declarativa, y adicionalmente tanto a la indemnización consolidada como a la futura, en razón de que no existe prueba alguna de la incapacidad laboral del accionante.

En cuanto al literal f, conforme la oposición a la pretensión primera declarativa, por ende no procede condena a ningún título a favor de ninguno de los accionantes.

En cuanto a las pretensiones g, h e i, conforme la oposición a la pretensión primera declarativa, por ende no procede condena a ningún título a favor de ninguno de los accionantes.

## EXCEPCIONES EN CONTRA DE LA PROSPERIDAD DE LAS PRETENSIONES

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por cuanto las mismas carecen de fundamento fáctico y probatorio como se demostrará a lo largo de este proceso, razón por la cual desde ahora solicito se condene en costas y gastos al actor.

- A –EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE ACTO U OMISIÓN DE LA DEMANDADA FOSCAL

Debe señalarse que a pesar de la enunciación de mi representada FOSCAL a lo largo de la demanda, particularmente de los hechos 4, 5, 6, 7, 8 y 9, de estos no puede desprenderse que esta por sus actos como INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, por activa o por pasiva, haya sido causante del presunto daño sufrido por el accionante, máxime cuando se enuncia claramente cuales fueron las entidades hospitalarias en las que fue atendido HERNANDO BLANCO, *y FOSCAL no es una de estas.*

La demanda constituye el vehículo que determina el actor para lograr llegar a la prosperidad de sus pretensiones, y de los hechos narrados no se observa como mi prohijada como PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD de salud que es vinculado, deba concurrir a indemnizar el presunto daño sufrido.

De la lectura de la demanda, así como del análisis de las pruebas aportadas por los demandantes, no aparece ni siquiera un indicio que muestre el hecho medico desplegado por FOSCAL, y por ende es nula la existencia del nexo causal entre el presuntos daño sufrido por HERNANDO BLANCO AYALA; por lo que la ausencia de atención de parte de FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL" debe conducir forzosamente a que mediante sentencia se le exonere

de cualquier cargo que se le impute y se abstenga de emitir condena en su contra.

La pretensión primera declarativa es bastante especifica en señalar cuales son los hechos que el actor considera generadores del daño demandado, esto es, *dilación en la expedición de autorizaciones u órdenes de apoyo, la deficiente atención médica, falta de diligencia y cuidado en el servicio médico y el manejo de la instrumentación de las vías urinarias al realizar los procedimientos por parte de las entidades demandadas y su personal médico,* este debe ser el punto de fijación del problema jurídico a resolver, o al menos el principal de estos.

Puede apreciarse y concluirse con meridiana claridad que FOSCAL no era el encargado de emitir las autorizaciones u órdenes de apoyo, la prueba documental arrimada enseña con categoría que esto le correspondía a la entidad encargada del aseguramiento, esto es FIDUPREVISORA, y al prestador a cargo esto es FUNDACION MEDICO PREVENTIVA; y de igual manera no le es imputable ninguna acción por atención medica porque esta se dio en toda suerte de IPS menos en FOSCAL.

El demandante HERNANDO BLANCO AYALA, se encuentra activo en la base de datos en calidad de beneficiario de la usuaria BLANCA EDILMA PEÑA CÁRDENAS de los servicios de salud suministrados por FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA.

- B – EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD MEDICA EN LOS ACTOS MÉDICOS DESPLEGADOS POR LAS IPS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Obsérvese cómo en la demanda y en el material probatorio se demuestran hechos exculpantes para FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL", el primero ya fue expuesto, y es la ausencia de intervención médica directa o indirecta alguna.

El segundo hecho exculpante, para FOSCAL y para todas las demandadas, es la prueba de una atención sistemática, oportuna, adecuada e integral en el paciente HERNANDO BLANCO AYALA; ya que siempre y de acuerdo a la evidencia aportada RECIBIÓ AUTORIZACIONES DE FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA, quién brindo un servicio adecuado, autorizó todos las ordenes medicas emitidas y cumplió con sus obligaciones contractuales, trasladó y remitió oportunamente al paciente HERNANDO BLANCO AYALA, a toda la Red de Prestadores de Servicios, en Cúcuta y Bucaramanga.

La atención médica se brindó en primera instancia por la CLÍNICA MÉDICO QUIRÚRGICA la cual se observa estabilizo al paciente y realizo un diagnóstico claro, preciso y oportuno; y posteriormente fue trasladado a la FUNDACIÓN FOSUNAB en la cual fue preparado para el procedimiento quirúrgico altamente invasivo, y su ejecución y posoperatorio fue ABSOLUTAMENTE EXITOSO, aun cuando en todos los relatos previos, a este en la historia clínica, señalaban el alto riesgo de muerte.

Las obligaciones frente al aseguramiento se encuentran en cabeza de FIDUPREVISORA S.A. quien es la administradora según el mandato legal de los recursos del Régimen Especial de maestros, denominado FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, en concurso con FUNDACION MEDICO PREVENTIVA.

La patología detectada en HERNANDO BLANCO AYALA tuvo una atención inicial el 7 de agosto de 2014 en la CLÍNICA MEDICO QUIRÚRGICA de Cúcuta con atención hasta el 22 de agosto de 2014, y fue trasladado a FUNDACION FOSUNAB siendo recibido en esta el 22 de agosto de 2014, fue intervenido el 27 de agosto a quien se le realizo ANASTOMOSIS CORONARIA PARA REVASCULARIZACION CARDÍACA.

La patología tuvo una evolución exitosa y fue egresado el 10 de septiembre de 2014, en las siguientes condiciones:

**EGRESO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha / Hora | : 10.09.2014/15:02 | | : 15:02 |
| Servicio egreso | : 2 UE HOSP TORRE A PISO 5 D | | |
| Causa de egreso | : Alta | | |
| Diagnóstico de egreso | | | |
| Código | : I221 | | |
| Descripción | : INFARTO SUBSECUENTE DEL MIOCARDIO DE LAPARED INFERIOR | | |
| Condiciones generales de la salida | | | |
| paciente pop de rvmqx con buena evolucion clinica, sin sris, completo 7 dias de esquema ab con piptazo por pico febril. cultivos negativos. asintoamtico cardiovascular, heridas en buen estado, esternon firme, extremidades sin signos de hipoperfusion, sin deficit neurologico. se decide egreso | | | |
| Plan de egreso | | | |
| salida orden medicamentos rehabilitacion cardiaca cotnrol consulta externa recomendaciones y signos de alarma | | | |
| Incapacidad funcional | : – | | |
| Lugar remisión | : | | |
| | salida orden medicamentos rehabilitacion cardiaca cotnrol consulta externa recomendaciones y signos de alarma | | |
| Responsable del egreso | : Dr. PAEZ LANCHEROS, EDWARD GIOVANNY | Reg. Médico | : 14754 |
| Especialidad | : MEDICINA FAMILIAR- COMUNITARIA | | |

Es decir, la meta fue cumplida con éxito.

- C – EXCEPCIÓN DE AUSENCIA DE CULPA, RIESGO INHERENTE A LA INTERNACION HOSPITALARIA EN EL CURSO DE UNA PATOLOGÍA DE ALTO COSTO, CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS Y ALEA EN LA SALUD

La salud en Colombia ha recibido un amparo legal en lo que a responsabilidad medica hace referencia, y en cuanto a la determinación del tipo de obligaciones que genera su prestación, de manera tal que la falle en el servicio que se ventila ante la Jurisdicción Contenciosa a pesar de las posturas del Consejo de Estado en esta materia, debe en cualquier caso someterse al imperio de la Ley.

Es así como el accionante debe probar los elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica, esto es la conducta anti-jurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, y el incumplimiento de las obligaciones que emanan de la relación médico paciente, que no son otras que de MEDIO; y se afirma categóricamente que son de medio, porque el artículo 26 de la ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en

salud, con la modificación introducida por el canon 104 de la ley 1438 de 2011, establece que la relación médico-paciente "*genera una obligación de medio*" sobre la base de una competencia profesional, en clara distinción con las de resultado.

Lo anterior ha sido observado por el Consejo de Estado, conforme sentencia de la SECCIÓN TERCERA SUBSECCIÓN A con ponencia de la Dra. MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO calendada el doce (12) de junio de dos mil diecisiete (2017) y con radicación número: 68001-23-31-000-2003-02329-01(41501):

> *"En efecto, frente a supuestos en los cuales se analiza si procede declarar la responsabilidad del Estado como consecuencia de la producción de daños provenientes de la atención médica defectuosa, se ha retornado, como se verá, a la teoría clásica de la falla probada; esta Corporación ha señalado que es necesario efectuar el contraste entre el contenido obligacional que, en abstracto, las normas pertinentes fijan para el órgano administrativo implicado, de un lado, y el grado de cumplimiento u observancia del mismo por parte de la autoridad demandada en el caso concreto, de otro; en este sentido, se ha sostenido que:*
>
> > *"1.- En casos como el presente, en los cuales se imputa responsabilidad a la administración por el incumplimiento o el cumplimiento defectuoso de sus obligaciones, la determinación de si el daño causado al particular tiene el carácter de daño antijurídico, depende de acreditar que la conducta de la autoridad fue inadecuada. Si el daño que se imputa a ésta se deriva del incumplimiento de un deber que legalmente le corresponde, o de su cumplimiento inadecuado, la antijuridicidad del daño surgirá entonces aquí de dicha conducta inadecuada, o lo que es lo mismo, de una FALLA EN EL SERVICIO.*
> >
> > *(...)*
> >
> > *"2.- Para determinar si aquí se presentó o no dicha falla del servicio, debe entonces previamente establecerse cuál es el alcance de la obligación legal incumplida o cumplida inadecuadamente por la administración. Debe precisarse en qué forma debió haber cumplido el Estado con su obligación; qué era lo que a ella podía exigírsele; y, sólo si en las circunstancias concretas del caso que se estudia se establece que no obró adecuadamente, esto es, que no lo hizo como una administración diligente, su omisión podrá considerarse como causa del daño cuya reparación se pretende.*
> >
> > *"La falla de la administración, para que pueda considerarse entonces verdaderamente como causa del perjuicio y comprometa su responsabilidad, no puede ser entonces cualquier tipo de falta. Ella debe ser de tal entidad que, teniendo en cuenta las concretas circunstancias en que debía pres-*

*tarse el servicio, la conducta de la administración pueda considerarse como 'anormalmente deficiente"*[1].

*En este punto conviene recordar que, por un tiempo, aceptó la jurisprudencia Contencioso Administrativa que el título de imputación jurídica en torno a los eventos en los que se debatía la responsabilidad médica fuese el de la "falla presunta", según la cual la nuda constatación de la intervención causal de la actuación médica en el resultado nocivo por el que se reclamaba era suficiente para atribuir el daño a la Administración. Pese a lo anterior, se retomó la senda clásica de la responsabilidad subjetiva o falla probada*[2]*, por lo que hoy en día, según esta sub-regla jurisprudencial, deben ser acreditados en este punto tres elementos inexcusables por parte del actor, a saber: i) el daño; ii) la falla en el acto médico y iii) el nexo causal, sin los cuales improcedente se hace la condena del Estado por esta vía, tal y como lo ha entendido esta Corporación, cuando consideró que:*

> *"Al margen de las discusiones que se presentan en la jurisprudencia y en la doctrina en relación con el régimen probatorio de los elementos de la responsabilidad patrimonial por los daños que se deriven de la actuación médica del Estado, lo cierto es que existe consenso en cuanto a que la sola intervención -actuación u omisión- de la prestación médica no es suficiente para imputar al Estado los daños que sufran quienes requieran esa prestación, sino que es necesario que se encuentre acreditado que la misma fue constitutiva de una falla del servicios y que dicha falla fue causa eficiente del daño"*[3]*. (Énfasis añadido).*

*Se concluye entonces que la posición de la Corporación en esta época, a la par que la de la doctrina autorizada, se orienta en el sentido de que la responsabilidad médica, en casos como el presente, debe analizarse bajo el tamiz del régimen de la falla probada, lo que impone no sólo la obligación de probar el daño del demandante, sino, adicional e inexcusablemente, la falla por el acto médico y el nexo causal entre ésta y el daño.*

Lo anterior nos sirve para sostener que, bajo el amparo de la prueba correspondiente a la historia clínica, se observa como el propósito de la prestación de servicios de salud, de los profesionales a cargo, del aseguramiento se ha cumplido, esto es, la obligación de medio que es PROCURAR LA RECUPERACIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE EL DIAGNOSTICO DE UNA PATOLOGÍA Y LA PRACTICA DE UNA MEDIDA TERAPÉUTICA, se cumplió; adicionalmente el éxito supero lo esperado, y es que la salud del paciente tuvo mejoría en la patología detectada.

Ahora bien, todo procedimiento quirúrgico, la simple atención y cuidado hospitalario, someten a los pacientes a una serie de riesgos

[1] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección A, sentencia del marzo 8 de 2007, exp. 27.434, C.P. Mauricio Fajardo Gómez.

[2] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, exp. 15.725, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

[3] Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 23 de junio de 2010, exp. 19.101 C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

y de aleas, esto es que el cuidado procurado puede en algunos casos generar unas complicaciones previsibles pero irresistibles, como lo son las infecciones, los eventos adversos, y la ocurrencia de riesgos inherentes previstos.

A pesar la amplia Jurisprudencia sobre la materia de infecciones en el campo de la responsabilidad y la falla del servicio ventilada en lo contencioso administrativo, lo cierto es que toda suerte de nuevas patologías fruto del cuidado y no de la culpa o el dolo, pueden acaecer en el paciente; por ello, debe tenerse en cuenta que, según la posición jurisprudencial reiterada por la Corporación:

> *"la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho"*[4].

Las complicaciones no son un hecho ajeno al acto médico, a la búsqueda de la mejora de la salud del paciente, y a la intervención del paciente de manera invasivamente importante, a la utilización de toda suerte de elementos médicos invasivos, que pueden degenerar sin culpa o dolo alguno en otro hecho que afecta la salud, un hecho previsible pero irresistible.

HERNANDO BLANCO AYALA requería un procedimiento cardiológico con una cirugía altamente invasiva, con la necesidad de intubación, de colocación de catéteres y de sonda uretral, así como el suministro de medicamentos; todo lo anterior puede generar efectos no deseados, complicaciones, tales como la muerte, la infección, sangrados, lesiones cutáneas, lesiones al interior del tracto respiratorio, y lesiones por la sonda uretral.

Los traumatismos de uretra anterior como la padecida por el accionante, es por una lesión iatrogénica (lesiones producidas por el personal sanitario ya sea médico o de enfermería) que se produce al pasar una sonda u otro instrumento por la uretra.

Y correlacionado con lo anterior, en los casos de rotura de la uretra se observa impotencia sexual en un porcentaje más alto de pacientes que según diferentes estudios oscila entre 50 y 70% de los casos. En aproximadamente 30% de los casos restantes aunque no había una impotencia sexual completa había cierto grado de disfunción eréctil (no eran completamente normales en lo que respecta a la función sexual).

[4] Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de marzo de 2011 (expediente 18947).

Pues es así como es válido afirmar que esa lesión uretral es un evento adverso de toda cirugía en la que debe utilizarse catéter vesical como elemento de vaciamiento de la vejiga cuando el tiempo quirúrgico y el cuidado hospitalario lo requiere, ya que era claro que el paciente salía del procedimiento a la Unidad de Cuidados Intensivos; y que la lesión es una situación que pende como espada de Damocles sobre cualquier paciente que le es indicada para su procedimiento, ya que como quiera que la salud es subjetiva la evolución que tendrá el paciente dependerá solo de él, porque el acto médico será el mismo para todos (regularmente) y la evolución será tórpida o no según el sujeto, partiendo del supuesto que al paciente se le da el tratamiento adecuado, es decir, se cumple con la *Lex Artis*.

Esta lesión no se causa con dolo o culpa, y su ocurrencia queda dentro del alea del resultado de los procedimientos o terapéutica determinada para el manejo de una patología de un paciente, el alea de que mejore o no, y el alea de que acaezca una complicación previsible pero irresistible.

- *D – EXCEPCIÓN DE AUSENCIA DE PRESANIDAD Y CAUSA EXTRAÑA*

De la nota del 8 de septiembre de 2014 realizada por el Dr. NICOLAS VILLAREAL se observa que el paciente ya presentaba una patología urinaria con SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS, y ante la situación que la patología presuntamente constitutiva del daño, esto es, la estenosis uretral puede tener antecedentes no solo quirúrgicos, sino por trauma o por enfermedades de transmisión sexual.

EVOLUCIÓN TIPO: Evolución Adicional Fecha/Hora :08.09.2014 / 21:13

Subjetivo:

UROLOGIA RESPUESTA DE INTERCONSULTA PACIENTE POP REVASCULARIZACION MIOCARDICA QUEIN POSTERIOR A RETIRO DE SODNA URETRAL, REFIERETENESMO VESICAL, DISURIA, ADEMAS DE INTERMITENCIA, VACILACION Y DISMINUCION DEL CALIBRE DEL CHORRO, ADEMAS DE HEMATURIA EN UNAOCASION, LA CUAL RESOLVIO DE MANERA ESPONTANEA. NIEGA FIEBRE NO EMESIS SINTOMAS URIANRIAS PREVIOS CHORRO DEBIL, GOTEO EINTERMITENCIA

Objetivo:

ALERTA HIRDTADO AFEBRIL FC 78 FR 18 T 36.5 ABD BLANDO DEPREIBLE NO DOLOROSO G/U PENE TESTICULOS NORMALES TACTO RECTAL PROSTATA 30GR BENIGNA, RECESOS LIBRES

Análisis de resultados:

UROCULTIVO NGATIV PDO MICROHEMTURIA

Plan:

CONTINUA MANEJO ANTIBIOTICO RECOEMDANCIOENS SOBRE HABITO URINARIO SE INICIA MANEJO CON TAMSULOSINA CONTROL POR CONSULTA EXTERNA SE
CIERRA INTERCONUSLTA

Análisis:

IMDX 1. INFECCION DE VIAS URINAIRAS 2. HPB/LUTS PACIENTE CON SINTOMATOLOGIA URINARIA MIXTA POSIBLEMENTE SECUNDARIO A ANTECEDENTE DE
HABER TENIDO SONDA URETRAL. ADEMAS YA VENIA CON SINTOMAS OBSTRUCTIVOS PREVIO A PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, AL EXAMEN FISICO PROSTATA
DE CARCATERISTICAS BENIGNAS. POR AHORA DEBE CONTINAUR MANEJO INSTAURADO POR SERVICIO TRATANTE SE INCIA MANEJO ALFABLOQUADOR CON
TAMSULOSINA SE DAN RECOEMDNACIONES GENERALES SOBRE CORRECTO HABITO URINARIO CONTROL POR CONSULTA EXTERNA

Justificación para que el paciente continue hospitalizado:

MANEJO MEDICO SERVICIO TRATANTE

Nombre: VILLAREAL TRUJILLO, NICOLAS Especialidad: UROLOGIA Registro: 681460

Ésta demostrada ausencia de presanidad no puede conducir a que el cuidador hospitalario entre a responder por una situación que claramente puede tener causa anterior y extraña.

Ahora, que no se diga que la utilización de la sonda uretral, *per se* puede derivar, como pretenden los demandantes, en la demostración de que se hizo mal, si al mismo tiempo no se acompaña de un reporte objetivo de tal determinación y se pretende partir es de una conjetura. Para elaborar una inferencia racional, debe partirse de un hecho cierto que indique, de manera lógica, una consecuencia irrefutable, o, al menos, con alto grado de probabilidad de ocurrencia. En este evento, ¿cómo asentir en que la sonda uretral fue la causa del daño, si está probada la ausencia de presanidad del a presunta víctima?

Ahora bien, del análisis en conjunto de estos hechos indicadores, esto es que en la historia clínica del demandante se dejó constancia de la ausencia de presanidad del paciente, en cuanto a un SÍNTOMA OBSTRUCTIVO permiten deducir la ausencia de buen estado de salud del demandante antes de la intervención quirúrgica, por ende generan una ausencia de nexo causal entre esta y el daño producido. Con otras palabras, al aplicarse a los hechos demostrados las reglas de la experiencia y el proceso lógico, se logra establecer el hecho que necesita acreditarse en este proceso: que el demandante no sufría de ninguna patología en su sistema urinario (uretra) y que dicha patología fue adquirida como consecuencia de la intervención quirúrgica del 28 de agosto de 2014.

- *E – EXCEPCIÓN DE CADUCIDAD*

Enseña el artículo 164 del CPACA:

> *Artículo 164. Oportunidad para presentar la demanda. La demanda deberá ser presentada:*
> *...*
> *2. En los siguientes términos, so pena de que opere la caducidad:*
> *i) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia.*

La Jurisprudencia (**SENTENCIA Nº 05001-23-24-000-1996-02181-01 DE CONSEJO DE ESTADO - SALA PLENA CONTENCIOSA ADMINISTRATIVA - SECCIÓN TERCERA, DE 24 DE MARZO DE 2011)** sobre el asunto de la caducidad en la acción de reparación directa por responsabilidad médica opera en la siguiente forma:

> *"La caducidad es la sanción que consagra la ley por el no ejercicio oportuno del derecho de acción, en tanto al exceder los plazos preclusivos para acudir a la jurisdicción, se ve limitado el derecho que le asiste a toda persona de solicitar que sea definido un conflicto por el aparato jurisdiccional del poder público.*
> *...*

*En ese contexto, la Sala ha señalado, en reiteradas ocasiones, que el término de caducidad de la acción de reparación directa debe computarse a partir del día siguiente a la fecha en que tuvo ocurrencia el hecho, la omisión o la operación administrativa fuente o causa del perjuicio.*

*De otro lado, es posible que, en específicas ocasiones, el daño se prolongue en el tiempo, con posterioridad al momento de acaecimiento de los hechos dañosos que sirven de fundamento de la acción, sin embargo, lo cierto es que ello no puede significar que el término de caducidad se postergue de manera indefinida, por cuanto la norma no consagra dicho supuesto. Es decir, la disposición no establece que el cómputo de la caducidad empieza a correr en el momento en que el daño se concreta por completo, sino que por el contrario determina que el mismo debe empezar a partir del día siguiente al hecho que le sirve de basamento a la pretensión, esto es, la fecha en que acaece el suceso o fenómeno que genera el daño, de no ser así se confundiría a aquél con las secuelas o efectos del mismo.*

*Cosa distinta es que la parte demandante sólo haya tenido conocimiento del daño tiempo después de la ocurrencia del hecho, omisión u operación, pues en tales eventos, en aplicación del principio de prevalencia del derecho sustancial sobre el formal (artículo 228 C.P.), el conteo debe iniciarse a partir de la fecha en que la persona –o personas– tuvieron conocimiento del daño; una interpretación contraria supondría cercenar el mencionado derecho fundamental, así como el derecho de acción, y el supuesto lógico de que lo que no se conoce sólo existe para el sujeto cuando lo advierte o se pone de manifiesto.*

*...*

*Y, si bien en materia médico – sanitaria la regla general se mantiene inalterable, esto es, que el cómputo del término inicia a partir del día siguiente de la ocurrencia del hecho, omisión u operación que desencadena el daño, lo cierto es que existen dos supuestos en los cuales el citado principio de la prevalencia de lo sustancial sobre lo formal hace que se aligere o aliviane la disposición del numeral 8 del artículo 136 del C.C.A. ; estos dos hipótesis son: i) hasta tanto la persona no tenga conocimiento del daño, al margen de que el hecho o la omisión médica se haya concretado en un día distinto o años atrás del momento en que se establece la existencia de la lesión antijurídica y ii) cuando existe un tratamiento médico que se prolonga en el tiempo y respecto del cual se le genera al paciente una expectativa de recuperación.*

*En el segundo escenario el paciente tiene pleno conocimiento del daño pero el servicio médico le brinda esperanzas de recuperación al someterlo a un tratamiento que se prolonga en el tiempo. En este tipo de circunstancias, el conteo de la caducidad no inicia hasta tanto no se haya proferido el diagnóstico definitivo del paciente; entonces, si el paciente padece el daño y, por lo tanto, conoce el hecho o la omisión y el daño antijurídico, pero no ha sido expedido un diagnóstico concluyente, sino que, por el contrario es parcial o temporal, no es posible radicar en cabeza de la persona el deber de demandar o accionar puesto que no conoce, hasta el momento, las condiciones de la lesión, esto es, si es definitiva, temporal, parcial, total, reversible o irreversible, etc.*

*Es necesario insistir que el matiz introducido sólo tiene aplicación sobre la base de que la demanda se relaciona con la responsabilidad extracontractual del servicio sanitario, salvedad que quedó contenida en la*

*sentencia de 14 de abril de 2010, oportunidad en la que esta Sección discurrió así:*

*"Por consiguiente, la valoración médica y la finalización del tratamiento, en el asunto específico, no modifica el conteo de la caducidad, ya que como se señaló, los demandantes fueron conscientes y, por lo tanto, advertidos del daño desde la fecha en que se produjo el incidente, esto es, el 19 de mayo de 1996, sin que en el caso concreto el conocimiento de las secuelas del mismo, ni la cesación del servicio médico influyan en el cómputo del plazo de caducidad, máxime si se tiene en cuenta que la demanda se dirige a que sean indemnizadas las lesiones producto del accidente, no las que devienen de un yerro médico." (Negrilla y subrayado por fuera del texto original).*

Pues la anterior posición del Consejo de Estado se adecua plenamente al caso en comento, derivado esto de la documentación probatoria aportada por la parte actora, y del libelo de la demanda que en su hecho 27 describe con total claridad el diagnostico emitido por el médico especialista de ESTRECHEZ URETRAL CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTO, y para el efecto lo referido el 14 de mayo de 2015, no es nada diferente que la confirmación del diagnóstico ya entregado.

Pretender que por el hecho de que el 28 abril fue diagnosticado con ESTRECHEZ y que el 14 de mayo fue ESTENOSIS, es irrelevante médica y jurídicamente; esto se puede afirmar con base en la definición del termino ESTENOSIS que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española indica que es *Med. Estrechez, estrechamiento de un orificio o conducto.*

Quiere decir que el paciente conoció de la causación del riesgo inherente como hecho dañino demandado desde el *28 DE ABRIL DE 2015,* y desde tal fecha debe contarse el término de caducidad de la acción.

Para concluir lo anterior baste señalar que la radicación del trámite conciliatorio se hizo el DOS (2) DE MAYO DE DOS MIL DIECISIETE (2017), es decir, con posterioridad al acaecimiento del fenómeno por lo que para ese momento ya estaba caduca la acción de reparación directa.

Por lo anterior deberá declararse la prosperidad de esta excepción.

- F- LA EXCEPCIÓN GENÉRICA O INNOMINADA QUE RESULTE DE LOS HECHOS PROBADOS.

Esta excepción tiene su fundamento en lo consagrado en el artículo 172 y s.s. de la ley 1437 de 2011 y el artículo 282 del CGP.

Art. 282.- Resolución sobre excepciones. En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.

Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

## *FUNDAMENTACIÓN Y SOPORTE JURÍDICO*

Es preciso señalar que la sustentación jurídica y probatoria es suficiente para anclar las bases de la responsabilidad médica, la cual tiene una gran extensión; no obstante los hechos ya han sido debatidos en este proceso en el acápite anterior, por lo cual no ahondaré sobre estos confirmando todo lo que he señalado anteriormente.

## *SOLICITUD PROBATORIA*

Señor juez respetuosamente solicito se tenga y decrete como pruebas a favor de mí representada los documentos que a continuación relaciono, los cuales pretenden soportar las excepciones y fundamentan la contestación de esta demanda, que busca oponerse a las pretensiones de la demanda.

Requiero se otorgue el valor jurídico que corresponda a los siguientes documentos:

### A.- TEXTOS DOCUMENTALES que se allegan al proceso:

-Certificado de Existencia y Representación Legal de FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL".
-Escritura de Poder General de FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL"
-GUIA DE PRACTICA CLÍNICA – LA ESTENOSIS POSTRAUMÁTICA EN EL HOMBRE – revista médica Instituto Mexicano Seguros Social 2013.

### B.- REQUERIMIENTO INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito Señor Juez de la manera más respetuosa se decrete el interrogatorio de parte que deberá ser absuelto por HERNANDO BLANCO AYALA. El interrogatorio lo formularé verbalmente, o mediante escrito previamente presentado y versará sobre todos los hechos contenidos en la demanda.

Cordialmente,

Daisy A Méndez C.

DAISY ALEJANDRA MÉNDEZ CLAVIJO
C.C. 63.546.185 de Bucaramanga.
T.P. 168.872 del C.S. de la J.

272

| República de Colombia<br>Gobernación de Santander | CARTA | CODIGO | AP-AI-RG-110 |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 10 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 09/08/2016 |
| | | PÁGINA | Página 1 de 1 |

**EL COORDINADOR DEL GRUPO ACREDITACIÓN EN SALUD Y SOGC ADSCRITO A LA OFICINA DE REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE SANTANDER**

**CERTIFICA:**

Que una vez consultados los archivos de esta dependencia, se pudo establecer:

Que la **FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER - FOSCAL**, del Municipio de **FLORIDABLANCA,** Departamento de Santander, se encuentra inscrita en la División de Acreditación, Vigilancia y Control de la Secretaría de Salud Departamental como Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el código de prestador No. **6827601666-01** NIT. **890205361-4** y figura como representante legal **JORGE RICARDO LEON FRANCO**, identificado con Cédula de Ciudadanía Nº. **2.099.899** de Guadalupe.

Que en el evento de existir documentación que registre información diversa a la aquí consignada, estamos en condiciones de revisar la presente certificación.

Se adhiere y anula Estampilla de Recaudo Departamental, según ordenanza 012/05 y Decreto 005/06 por valor de $ 61.490, conforme a recibo No. 25018003903556 de fecha 02 de Octubre 2018.

La presente certificación se expide a solicitud de **JORGE RICARDO LEON FRANCO,** identificado con Cédula de Ciudadanía N°. 2.099.899 de Guadalupe.

Dada en Bucaramanga a los ocho (08) días del mes de Octubre de 2018.

**VICTOR GUILLERMO TABOADA ACUÑA**
**Coordinador Grupo Acreditación en Salud y SOGC**
**Secretaría de Salud de Santander**

Elaboró: Jessica Miranda.

NOTARIA PRIMERA
DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA
**DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN**
El suscrito Notario Primero Encargado de Bucaramanga hace constar, que este folio es auténtico como copia del original que he tenido a la vista.

17 OCT 2018

María Esperanza Zambrano Pinto
Notaria Primera Encargada Círculo Notarial de Bucaramanga

273

# Notaría 2 Floridablanca

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La guarda de la fe pública

## *Dr. Luis Argemiro Velasco Ariza*

**N O T A R I O**

| | |
|---|---|
| 18 COPIA DE ESCRITURA No. | 2324 |
| FECHA | 15 de noviembre de 2017 |
| ACTO | REVOCACIÓN DE PODER EFECTUADO POR ESCRITURA |
| DE | FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER FOSCAL Y OTRO |
| A FAVOR | MENDEZ CLAVIJO DAISY ALEJANDRA Y OTRO |
| MATRICULA | |

SBC509259587

274

*REPUBLICA DE COLOMBIA*
*SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO*
*NOTARIA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE FLORIDABLANCA*

**VIGENCIA DE PODER No. 0499**
**EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE FLORIDABLANCA (SANTANDER)**

**CERTIFICA:**

Que mediante Escritura Pública número DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO (2.324) DE FECHA QUINCE (15) DE NOVIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2.017) otorgada en esta Notaría, El Doctor, **JORGE RICARDO LEÓN FRANCO**, identificado con la cedula de ciudadanía numero 2.099.899 expedida en Guadalupe, en su condición de Director Ejecutivo y Representante Legal de la **FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL"**, OTORGO PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE, OTORGO PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE a la **DAISY ALEJANDRA MÉNDEZ CLAVIJO,** identificada con la cedula de ciudadanía numero 63.546.185 Expedida en Bucaramanga, Abogada en ejercicio, portadora de la Tarjeta Profesional No. 168872 del C.S.J

Que revisada la matriz de la escritura pública número DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO (2.324) DE FECHA QUINCE (15) DE NOVIEMBRE DE DOS MIL DIECISIETE (2.017), **NO** aparece nota de Revocatoria del poder conferido, concluyéndose que el mismo se encuentra vigente, unica y exclusivamente en cuanto a esta Notaría respecta.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, el veinticinco (25) de Octubre de dos mil dieciocho (2.018)

EL NOTARIO SEGUNDO,

REPUBLICA DE COLOMBIA Depto. de Santander NOTARIA SEGUNDA DE FLORIDABLANCA 3

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA

*Carrera 26 número 30-36 Tel 6386227 - Cañaveral- Floridablanca*

República de Colombia
Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO PAPEL AUTORIZADO POR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

SBC509259587 18/09/2018 3DQ6LSSINR0JHT0W

19

República de Colombia

2324

ESCRITURA PÚBLICA No: 2324 ----------------------------------------------------------------
NUMERO: DOS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO ---------------------------------------------
FECHA: 15 DE NOVIEMBRE DE 2017 --------------------------------------------------------------
CLASE DE ACTO O ACTOS: **PODER GENERAL // REVOCATORIA DE PODER** ------
PERSONAS QUE INTERVIENEN: **DE:** FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER – CLINICA CARLOS ARDILA LULLE | "FOSCAL", antes hoy, FUNDACION OFTALMOLOGICA DE SANTANDER, FOSCAL, representada por el doctor JORGE RICARDO LEON FRANCO ------------------------------------------------
A: DAISY ALEJANDRA MENDEZ CLAVIJO. ------------------------------------------------------

En el municipio de Floridablanca, Departamento de Santander, República de Colombia, a quince (15) de Noviembre de dos mil Diecisiete (2017), ante la suscrita **ANDREA JOHANA BELTRAN OME**, NOTARIA SEGUNDA ENCARGADA DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA, quien doy fe que las declaraciones que se contienen en la presente escritura han sido emitidas por quienes la otorgan -----------------------------------------
COMPARECIÓ El Doctor, **JORGE RICARDO LEON FRANCO**, varón, mayor de edad, domiciliado en Bucaramanga de tránsito por Floridablanca, identificado con la cedula de ciudadanía numero 2.099.899 expedida en Guadalupe (Sder.), en su condición de Director Ejecutivo y Representante Legal de la **FUNDACION OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER "FOSCAL"**, entidad con personería jurídica reconocida mediante resolución número 19070 del 16 de diciembre de 1.985 proferida por la oficina Jurídica del Ministerio de Salud, reformada por la Resolución número 006611 del 21 de mayo de 2010, de la Gobernación de Santander, Secretaria de Salud Departamental, cargo para el cual fue designado mediante acta número 157 del 3 de abril de 2.001 de la Junta Directiva de la Fundación, según consta la Certificación expedida por la Oficina Jurídica de la Secretaria, de Salud Departamental, de fecha veintiséis (26) de Septiembre de dos mil diecisiete (2017) documento que se protocoliza con el presente instrumento y se inserta en la copias que se expidan, y dijo:-- Que obrando en el carácter indicado, por medio del presente instrumento confiere **PODER GENERAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** a la Doctora **DAISY ALEJANDRA MENDEZ CLAVIJO,** mujer, mayor de edad, domiciliada en Floridablanca, identificada con la cedula de ciudadanía numero 63.546.185 expedida en Bucaramanga, Abogada en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 168872 del C.S.J., para que en cualquier orden y sin consideración a la cuantía y calidad, represente al exponente legal, jurídica y

24 NOV 2017

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA
Notario Segundo Circulo de Floridablanca
Andrea Johana Beltran Ome
19/10/2018
18/09/2018

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

SAO101000027 SBC109255628 XSHO6O11DWWJ5Z2D

Declara(n) que todas las informaciones consignadas en el presente instrumento son correctas y, que en consecuencia asumen la responsabilidad que se derive de cualquier inexactitud en las mismas. Conoce(n) la ley y saben que el notario responde de la regularidad formal de los instrumentos que autoriza, pero no de la veracidad de las declaraciones de los interesados, tampoco responde de la capacidad o aptitud legal de estos para celebrar el presente contrato (art. 9° d.l.960/70).----Leído que les fue el instrumento precedente a los exponentes otorgantes le imparten su aprobación a todas y cada una de sus cláusulas y en señal de su asentimiento lo firman por ante mi y conmigo el notario.---Cuando trascurridos dos (2) meses desde la fecha de la firma del primer otorgante no se hayan presentado alguno o algunos de los demás declarantes, el notario anotara en este instrumento lo acaecido, dejara constancia de que por ese motivo no lo autoriza y lo incorporara al protocolo (art. 10, decreto 2148/83). ----------

**NOTA**: El suscrito notario deja constancia que la firma de los otorgantes JORGE RICARDO LEON FRANCO Y DAISY ALEJANDRA MENDEZ CLAVIJO, se tomó a domicilio en la torre Milton Salazar, 4 piso, DIRECCION GENERAL Clínica Carlos Ardila Lulle del muncipio de Floridablanca. ----------

**CONSTANCIA NOTARIAL:** La presente escritura la suscribe la Notaria Encargada **ANDREA JOHANA BELTRAN OME** en virtud del encargo aprobado por la Superintendencia de Notariado y Registro, mediante Resolución **N° 11.881 del 01/11/2017** (I.A. 12 del 09-08-2016). - DERECHOS NOTARIALES $ 110.600.oo --SUPERINTENDENCIA $ 5.550.oo ----------

FONDO:$ 5.550.oo --SEGÚN RESOLUCION No 0451 DEL 20 DE ENERO DE 2017. -

IVA $ 26.448.oo --LEY 1819 DEL 29-12-2016. ----------

EXTENDIDA EN LAS HOJAS DE PAPEL NÚMEROS SAO 101000027 // 700999593 ---

| RADICACION | DIGITACION *DIANA* | LECTURA | LIQUIDACION | REVISION | TERMINACION | COPIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

LO ESCRITO EN OTRO TIPO DE MAQUINA Y LETRA VALE .....

LOS OTORGANTES

**JORGE RICARDO LEON FRANCO**

C.C. 2.099.899 Guadalupe (Santander)

Huella dactilar

LUIS **ARGEMIRO VELASCO** ARIZA
Notario Segundo Circuito de Floridablanca
OMI9HV4441ZVBLGG

Andrea Johana Beltran Ome
Notaria Encargada

República de Colombia

Papel notarial para uso exclusivo de copias de escrituras públicas, certificados y documentos del archivo notarial

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

SBC709255630

SAO700999593

QJMYMQJTQ3CW1G4S

18/09/2018

SEGUNDA DE FORMA

# Guía de práctica clínica
# La estenosis de uretra postraumática en el hombre

Eduardo Alonso Serrano-Brambila,[a] Othón Martino Moreno-Alcázar,[b] Edgar Neri-Páez,[b] Luis Carlos Sánchez-Martínez,[c] Octavio Francisco Hernández-Ordóñez,[c] Arturo Morales-Morales,[d] Ma. Antonia Basavilvazo-Rodríguez,[e] Laura del Pilar Torres-Arreola,[e] Adriana Abigail Valenzuela-Flores,[e] Marcelino Hernández-Valencia[a]

**Clinical practice guideline. Traumatic urethral stenosis in males**

The incidence of urethral stenosis in Mexico had not been documented. At the *Centro Médico Nacional La Raza,* along the year 2010, 629 patients with urethral stenosis were attended as out patient consultation: 85 % with previous urethral stenosis and 15 % with urethral treatment complication. Urethral stenosis is a chronic illness, with multiple etiological origin and the handling is controversial. It has a great negative impact for the patients and the recurrence reach 85 %. The treatment consisted over invasive approach (urethral dilations, endoscopy procedure) and open surgery (urethroplasty). The World Health Organization and World Alliance take the world challenge about the urinary tract infections associated to the attention of patients, focused on urethral stenosis. The objective of the following clinical guide is to offer to the professional of the health a clinical tool for taking decisions in the handling of the hardship or masculine urethral stenosis, based on the best available evidence, carrying out in systematized form with bibliographical research using validated terms of the MeSh: urethral structures, in the databases Trip database, PubMed, Guideline Clearinghouse, Cochrane Library and Ovid.

**Key words**
urethral stricture
urethra
wounds and injuries
practice guideline

La estenosis o estrechez uretral es una enfermedad crónica de etiología variada y manejo controvertido, con gran impacto negativo para los pacientes y recurrencia hasta de 85 %.[1]

Es una de las causas más comunes de obstrucción miccional en los hombres y su prevalencia es de 0.2 a 0.6 %; 41 % de los pacientes con estenosis presenta infecciones urinarias y 11 %, incontinencia urinaria.[2] El tratamiento puede ser instrumentado (dilataciones o cirugía endoscópica) y por cirugía abierta (uretroplastia).[3]

Debido a la gran variabilidad clínica y a la complejidad del tratamiento —que depende de la longitud, localización y diámetro de la estenosis, el grado de espongiofibrosis y la variación anatómica de cada paciente, al igual que de su respuesta de cicatrización— es necesario que los profesionales de la salud cuenten con una guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos, que ayude a la resolución de la estenosis uretral y mejore la calidad de vida de la población afectada.

El objetivo de esta guía de práctica clínica es ofrecer al personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, con la intención de estandarizar las acciones nacionales relativas a los siguientes aspectos:

- Medidas preventivas en los procedimientos instrumentados de la uretra.
- Unificación de criterios diagnósticos y terapéuticos de la estenosis uretral.
- Optimización de los recursos.

La guía está dirigida a los médicos generales y familiares, urólogos, enfermeras especialistas, cirujanos generales, personal de salud en formación, médicos internistas y urgenciólogos, y a todos aquellos profesionales involucrados en la atención de los hombres adultos con estenosis uretral.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda. La primera etapa consistió en identificar guías de práctica clínica y bibliografía complementaria relacionadas con la estenosis de uretra en los hombres. La búsqueda se limitó a publicaciones durante los últimos cinco años, en inglés o español. Se utilizaron las bases de datos Tripdatabase, PubMed, Guideline Clearinghouse, Cochrane Library y Ovid. Solo se localizó una guía útil con sus respectivas escalas de evidencias y recomendaciones. El resto de la información se obtuvo de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales y fue clasificada conforme la escala de Shekelle modificada.[4] Las recomendaciones emitidas por los expertos y que no estaban documentadas en la bibliografía se clasificaron como "buena práctica".

- Uretrografía, para la estenosis de la fosa navicular y la uretra anterior.
- Cistouretrografía retrógrada, para la estenosis de la uretra posterior.
- Cistouretrografía anterógrada, para la estenosis de la uretra posterior.
- Cistouretrografía de choque, en los casos en los que se realicen simultáneamente los procedimientos anterógrado y retrógrado.
- Ecouretrografía, para mejorar la precisión de la longitud de la estenosis en la uretra anterior y evaluar las características del tejido fibroso.
- Uretroscopia.

Si no se dispusiera de ninguno de estos métodos diagnósticos, puede ser útil la cistoscopia.[7,8] (R:B,C)

El examen general de orina y el urocultivo son estudios complementarios, el último principalmente ante la sospecha de infección.[8,10] (R:B).

En los pacientes con sospecha de daño renal por infección de larga evolución o con persistencia de la estenosis están indicados los siguientes exámenes:

- Pruebas de funcionamiento renal (creatinina, urea, depuración de creatinina en orina de 24 horas).
- Imagenología renal (ultrasonido).
- Gammagrama renal (previa valoración por médico especialista).[10] (R:D)
- Resonancia magnética, si existe antecedente de traumatismo y la anatomía pélvica está distorsionada. Con este recurso es posible revalorar la reconstrucción y determinar el acceso transperineal o transpúbico.
- Uretrograma retrógrado y cistouretrograma miccional, para la evaluación de la uretra posterior.[7] (R.C)

El médico deberá decidir por el manejo menos invasivo posible, con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente. (Buena práctica)

## Tratamiento

El tratamiento depende de las manifestaciones clínicas y no de los resultados de los estudios de imagen o de flujo (algoritmo 2). En la estenosis bulbar corta, tanto la dilatación como la uretrotomía endoscópica son potencialmente curativas.[9] (R: C)

### Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se divide en instrumentado (dilataciones o cirugía endoscópica) y cirugía abierta (uretroplastia). El instrumentado se divide, a su vez, en curativo y paliativo:

- El curativo debe ser el de elección para la estenosis bulbar corta (≤ 1 cm).
- El paliativo está indicado en estenosis mayores de 1 cm y en espera de la resolución definitiva.[6,9,11] (E:III, R:C)

La dilatación uretral es un procedimiento de consultorio utilizado en 51 a 58 %, está indicada en estenosis del meato o de la fosa navicular, estenosis del esfínter y estenosis sencilla o fácil. La autodilatación puede ser una estrategia paliativa aceptable, pero no curativa. La uretrotomía endoscópica puede realizarse en estenosis difícil que requiere guía de alambre[6,9,11,12] (E:III, R:C). Ambos procedimientos son aceptables en pacientes con comorbilidades o que prefieren continuar con la paliación mediante la dilatación ocasional o la uretrotomía endoscópica.[9] (R:C)

En la actualidad, la uretrotomía endoscópica es el tratamiento de primera elección por preferencia personal[6,9,12] y ha tenido gran preferencia entre los adultos mayores. Incluye la uretrotomía interna (57.7 %) por corte frío (bisturí endoscópico) o láser, la aplicación de *stents* (1.9 %) o de esteroides (1.9 %)[11] (E:III). El procedimiento debe realizarse bajo cobertura antibiótica y el catéter deberá ser retirado en los tres días posteriores a la instrumentación. Se recomienda usar una guía de alambre en la uretrotomía.[9] (R:C).

La uretrotomía interna no debe sobrepasar dos procedimientos y en caso de persistencia está recomendada la plastia uretral, la cual está indicada como tratamiento inicial en la estenosis uretral anterior única corta (máximo 1 cm), localizada en uretra bulbar y sin espongiofibrosis. Para la estenosis de la uretra bulbar no mayor de 2 cm, el mejor tratamiento es la exéresis de la estenosis y la anastomosis término-terminal, con una tasa de buenos resultados de 92 a 95 %[2] (R:C). Si hay persistencia está recomendada la plastia uretral.[13] (R:C)

Si bien el uso del láser en el tratamiento de la estenosis uretral es una alternativa válida, eficaz y segura, no se ha demostrado que sea mejor que la cirugía endoscópica.[1] (E:III)

En las revisiones sistemáticas tampoco no se han identificado diferencias significativas entre la uretrotomía con láser o bisturí frío.[1,11] Los urólogos americanos y los mexicanos realizan la cirugía abierta en 0.7 %.[13]

La escala de autocontrol (anexo 1) permite reevaluar al paciente durante su evolución.[11] (R:C)

### Uretroplastia (cirugía abierta)

La uretroplastia es la única opción curativa disponible actualmente para la estenosis bulbar recurrente y la estenosis uretral anterior.

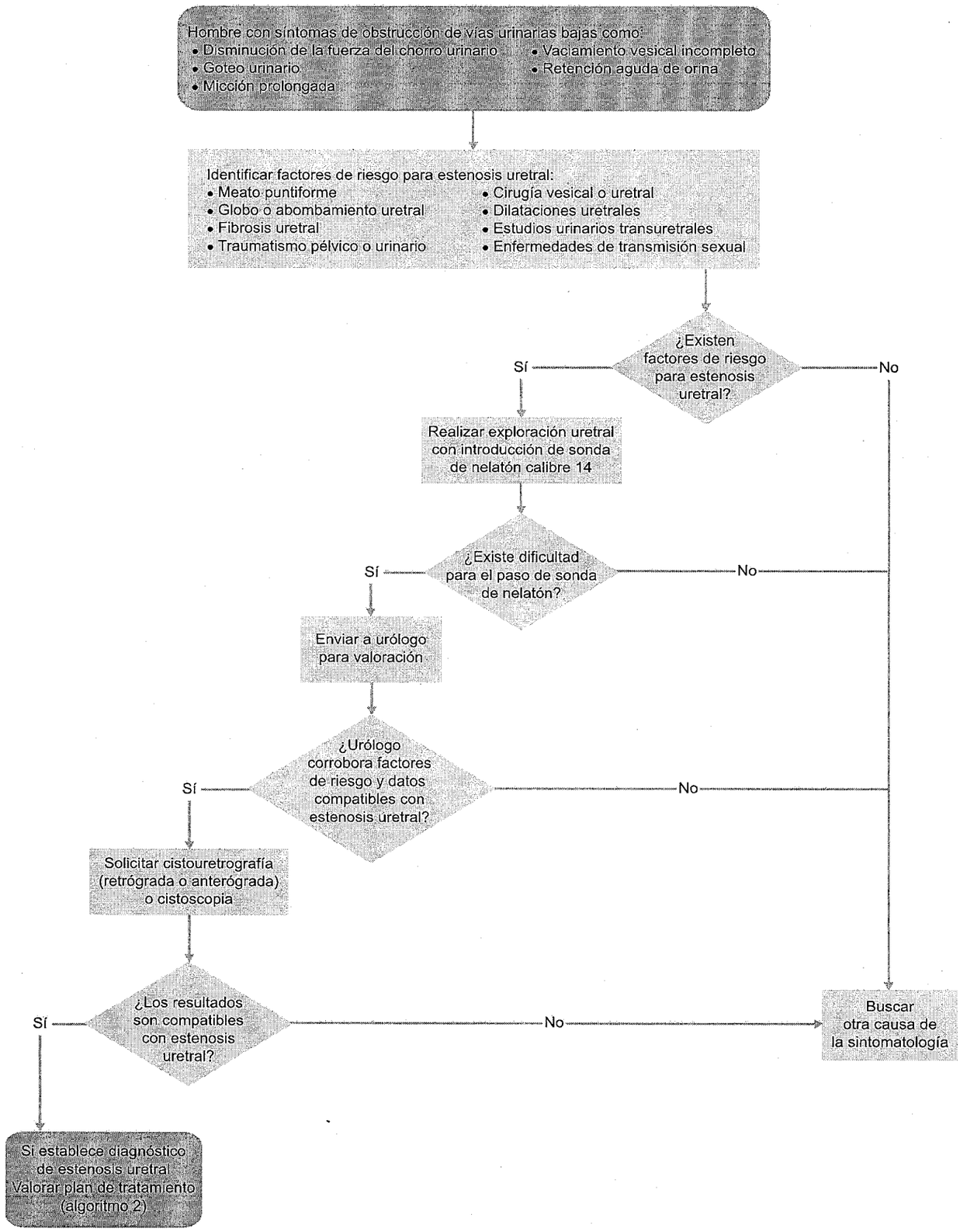
280

**Referencias**


1. Moreno-Sierra J, Prieto-Nogal S, Galante-Romo I, et al. Utilidad del láser en el tratamiento de las estenosis uretrales. Arch Esp Urol. 2008;61(9):978-84. Texto libre en http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v61n9/06.pdf
2. Gómez R, Marchetti P, Castillo OA. Manejo racional y selectivo de los pacientes con estenosis de uretra anterior. Actas Urol Esp. 2011;35(3):159-66. Texto libre en http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v35n3/revision1.pdf
3. Santucci RA, McAninch JW. Urethral reconstruction of strictures resulting from treatment of benign prostatic hypertrophy and prostate cancer. Urol Clin North Am. 2002;29(2):417-27, viii.
4. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, et al. Clinical guidelines: developing guidelines BMJ. 1999;318 (7183):593-6. Texto libre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115034/pdf/593.pdf
5. Rijal A, Little B, McPhee S, et al. Intermittent self dilatation —still a viable option for treatment of urethral stricture disease. Nepal Med Coll J. 2008;10(3):155-9.
6. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, editores. Campbell-Walsh urology. Ninth edition. Philadelphia, PA: Saunders; 2007.
7. Estenosis de uréter. [Internet]. p. 28-31. Texto libre en http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/urolo/2estenosis_uretra.pdf
8. Anger JT, Buckley JC, Santucci RA, et al.; Urologic Diseases in America Project. Trends in stricture management among male medicare beneficiaries: underuse of urethroplasty? Urology. 2011;77(2):481-5. Texto libre en http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320109/pdf/nihms350357.pdf
9. Martínez-Piñeiro L, Djakovic N, Plas E, et al. EAU guidelines on urethral trauma. Eur Urol. 2010;57(5): 791-803.
10. Gómez-Cusnir P, Valero-Cely F, Guzmán-Bastidas C, et al. Guía de práctica clínica hiperplasia prostática benigna: diagnóstico y tratamiento. [Internet]. Sociedad Colombiana de Urología. Guías de práctica clínica (GPC). [Citado el 15 de abril de 2013]. Disponible en http://www.urologiacolombiana.com/guias/004.pdf
11. Jackson M J, Sciberras J, Mangera A, et al. Defining a patient-reported outcome measure for urethral stricture surgery. Eur Urol. 2011;60(1):60-8.
12. Mundy AR, Andrich DE. Urethral strictures. BJU Int. 2011;107(1):6-26.
13. Jin T, Hong LI, Jiang LH, et al. Safety and efficacy of laser and cold knife urethrotomy for urethral stricture. Chin Med J. 2010;123(12):1589-95. Texto libre en http://www.cmj.org/Periodical/PDF/200481484418060.pdf
14. Barragán-Arteaga IA, Barriga-Angulo G, Calderón-Ferro F, et al. 1er. consenso nacional sobre manejo antimicrobiano de infecciones de vías urinarias (IVUs) en el adulto. Bol Col Mex Urol. 2005;XX(2):46-57. Texto libre en http://www.medigraphic.com/pdfs/buro/bu-2005/bu052d.pdf
15. Barbagli G, Palminteri E, Lazzeri M, et al. Anterior urethral strictures. BJU Int. 2003;92(5):497-505.
16. Steffens JA, Anheuser P, Treiyer AE, et al. Plastic meatotomy for pure meatal stenosis in patients with lichen sclerosus. BJU Int. 2010;105(4):568-72.
17. Saavedra-Briones DV, Merayo-Chalico CE, Sánchez-Turati G, et al. Recurrencia de estenosis uretral posterior a uretrotomía interna. Rev Mex Urol. 2009;69(4):153-8. Texto libre en http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/302/302v69n04a13149552pdf001.pdf
18. Lozano-Ortega JL, Pertusa-Peña C. Cirugía de la estenosis de uretra. Actualización. Arch Esp Urol. 2007;60(6):633-7. (Citado el 22 de marzo de 2013). Disponible en http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v60n6/original3.pdf

281

**Algoritmo I** Diagnóstico y referencia de estenosis uretral






26