



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. OFICINA DE SALUD

SEÑOR JUEZ
TREINTA Y CINCO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIORCUITO DE BOGOTÁ
SECCION TERCERA

JUEZ:	GUSTAVO LANZA RODRÍGUEZ
MEDIO DE CONTROL:	ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
PROCESO:	11001-33-36-035-2015-00568-00
DEMANDANTE:	YENCY VIVIANA ROJAS IBÁÑEZ Y OTROS.
DEMANDADO:	DISTRITO CAPITAL - SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. HUMANIA VIVIR Y OTRO
SUNTO:	CONTESTACION DE DEMANDA

538
 OFICINA DE APOYO DE JUECES ADMINISTRATIVOS
 2015 FEB 11 PM 12:29
 159387

GERMAN ALFONSO ORJUELA JARAMILLO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.232.917 de Bogotá, portador de la Tarjeta Profesional No. 96.334 del C.S.J, actuando en calidad de apoderado judicial, de conformidad al poder otorgado por el doctor **LUIS GONZALO MORALES SANCHEZ**, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía No 70.095.728, actuando en su calidad de SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD según Decreto de nombramiento No. 001 del 01 de enero de 2016 y Acta de Posesión No. 007 del 01 de enero de 2016 y como Director del Fondo Financiero Distrital de Salud, establecimiento público del orden Distrital, creado por el Acuerdo 20 de 1990, delegado para la ordenación del gasto por Decreto 706 de 1991, y teniendo en cuenta lo dispuesto en los artículos 1 y 2 del Decreto 445 de 2015, por el cual asumió la representación judicial y extrajudicial del Distrito Capital ante los distintos procesos que se adelanten con ocasión a los actos, hechos y operaciones de nuestra competencia, por medio del presente escrito, procedo, dentro del término legal, a contestar la demanda de Reparación Directa instaurada por la por la demandante de la referencia en los siguientes términos:

I. EN CUANTO A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la prosperidad de todas y a cada una de las pretensiones invocadas por la demandante, como a las declaraciones y condenas que la actora solicita en contra de la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, por cuanto los hechos materia del presente medio de control, no están demostrados ni configurados en cabeza de la entidad demandada, *en virtud a que somos sujeto pasivo en la presente acción, al no ser prestadores de servicios de salud*, por las razones que expondré en este escrito.

Cra. 32 No. 12-81
 Tel: 364 9090
 www.saludcapital.gov.co
 Info: 364 9666



BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Igualmente solicito se declare las excepciones que en el aparte respectivo propondré y demostraré.

II. FRENTE A LOS HECHOS

120381
Frente a estos, es preciso señalar que es incuestionable e inimaginable el dolor padecido por Yency Viviana Rojas, sus hijos, padres, hermanos y familiares más cercanos; no obstante, debo manifestar al despacho de manera respetuosa, que por tratarse de circunstancias y hechos de tiempo, modo y lugar ocurridos por fuera de la Secretaría Distrital de Salud, no nos consta que los sucesos en que la demandante vio afectada la salud de Jarold Arvey Salinas Montealegre, hayan obedecido a una presunta falla en la prestación del servicio de salud, ni tampoco del estado médico de Jarold Arvey, pues de ello solo tuvieron conocimiento sus médicos tratantes, cuyo reporte debió encontrarse en la respectiva historia clínica del paciente, que como es lógico, solo podría ser suministrada por las entidades prestadoras del servicio de salud en donde fue atendido.

.Sin embargo, debo decirle al despacho, que según lo manifestado en la narración de los hechos expuestos por parte de los demandantes, es posible deducir que al señor Jarold Arvey Salinas, se le brindó en todo momento, la prestación del servicio médico por parte del Hospital Simón Bolívar, esto, sin el ánimo de intervenir en temas médicos y científicos, pues conforme a la competencia de la entidad prestadora del servicio de salud comprometida, corresponde a ésta la carga de la prueba a fin de desvirtuar lo endilgado.

No obstante, frente a la vinculación por parte de la demandante a la Entidad que represento, debo aducir que los perjuicios que esta reclama no están llamados a ser resarcidos por parte de la Secretaría Distrital de Salud, al no existir un **nexo de causalidad entre el supuesto hecho generador del daño que hoy se reclama y la entidad que represento.**

III. FUNDAMENTOS DE DERECHO- EXCEPCIONES PREVIAS

La parte demandante plantea como fundamentos jurídicos de las pretensiones de la demanda el artículo 90 de la Constitución Política el cual versa sobre los fines del Estado, según el cual el Estado debe responder por los daños imputables que sean causados por entidades públicas.

El sustento para invocar el articulado mencionado, se basa en que se "(...) incurrió en responsabilidad de tipo directo que se evidencia en la falla del servicio (...)".

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



Luego de lo anterior, la parte demandante concluyó que en el caso concreto hubo una falla en el servicio y negligencia por parte del personal médico; y es por ello que el daño sufrido a Jarold Arvey Salinas Ibañez, fue ocasionado por "(...) una falla de la administración o del ente público (...)" a partir de la vulneración de las normas mencionadas.

Dicho cuestionamiento como a continuación se demostrara carece de fundamento, por las siguientes razones:

3.1. INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACION – SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, RESPECTO DEL DAÑO ANTIJURIDICO Y DEL PERJUICIO Y DAÑO ADUCIDO POR EL DEMANDANTE.

Como lo ha sostenido el Consejo de Estado en reiterada jurisprudencia, para que se configure la responsabilidad administrativa no solo es indispensable que se demuestre la culpa en cualquiera de sus modalidades y un daño reparable, sino que además es indispensable que esa culpa se concrete en el daño a través de un nexo causal inquebrantable y la forma de unir de manera inquebrantable la culpa y el daño es la noción de "Causa eficiente", vale decir que es indispensable para demostrar el nexo causal entre la culpa y daño establecer fehacientemente que el daño fue producto de la culpa administrativa como causa única y eficiente en la realización del resultado. Es decir que la culpa se realizó en el daño como su causa eficiente.

"La responsabilidad del Estado debe verse con detenimiento, toda vez, que la misma descansa en los presupuestos de la falta y/o falla del servicio"

"El mandato Constitucional no solo es imperativo ya que ordena al Estado a responder, sino que establece distinciones según los ámbitos de actuación de las autoridades públicas, en efecto, la norma simplemente establece dos requisitos para que opere la responsabilidad a saber que haya un daño antijurídico y que este sea imputable a una acción u omisión de autoridad pública"

Expresa igualmente esa Corporación, que uno de los elementos que se debe reunir para que haya lugar a indemnización por parte del Estado es una **relación de causalidad entre la falta del servicio, la falta de la administración y del daño** sin la cual aún demostrada la falla o falta, no habrá lugar a reparación alguna (C.E. (Radicación número: 05001-23-25-000-1993-01041-01(21962) Consejero ponente: Enrique Gil Botero).

"En la medida en que los demandantes aleguen que existió omisión por parte de la Secretaria Distrital de Salud que produjo el daño antijurídico por el cual reclama indemnización (...) deberá en principio, acreditar los tres extremos de la misma: la falla

Cra. 32 No. 12-81
Tel. 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y esta (sentencia de 23 de septiembre de 2009 exp. 17986)"

En el caso objeto de estudio no se dan ninguno de los tres (3) elementos que configuran la responsabilidad extracontractual del Estado por falla en los servicios.

Es pertinente precisar al Despacho la misión, integración y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud, como lo hacemos a continuación:

La Secretaría Distrital de Salud de Salud, es un organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros de la salud, (lo subrayado es nuestro), con características de Secretaría de Despacho, pero en los eventos en los cuales contrata la prestación de los servicios, las responsabilidades que se deriven de la ocurrencia de accidentes o imprevistos, se solucionan con los principios de la responsabilidad contractual a la cual se someten los prestadores de servicios de la Secretaría.

Para comprender como funciona el sistema de salud en el Distrito Capital, es necesario precisar qué; el artículo 54 del Decreto Ley 1421 de 1993, establece que Bogotá DC, está integrada por tres sectores: **central, descentralizado y el de las localidades**.

El Alcalde Mayor de Bogotá, D.C., es el Jefe de Gobierno y de la Administración Distrital y representa legal, judicial y extrajudicialmente al Distrito Capital, funciones delegadas en los secretarios del despacho según los Decretos 854 de 2001 y 581 de 2007 y 655 de 2011, el señor Alcalde Mayor de Bogotá D.C. delegó algunas funciones y precisa atribuciones propias de algunos empleados de la Administración Distrital, por los que asumió la Representación Judicial y Extrajudicial del Distrito Capital ante los distintos procesos que se adelanten con ocasión a los actos, hechos y operaciones de nuestra competencia, y como jefe de la Administración, ejerce sus atribuciones por medio de los organismos e instituciones distritales creadas por el Concejo según los artículos 35 y 53 inciso 2º del Decreto Ley 1421 de 1993, en concordancia con el Acuerdo 257 de 2006, por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, y se expiden otras disposiciones.

El Despacho del Alcalde Mayor, las Secretarías de Despacho de la cual la Secretaría Distrital de Salud es una de ellas y los Departamentos Administrativos del Distrito Capital son los organismos principales de la Administración Distrital; cumplen sus funciones bajo su orientación, coordinación y control en los términos que señala la ley, las ordenanzas y los Acuerdos, según el caso previsto en el artículo 39 de la Ley 489 de 1998.





EL HOSPITAL SIMOM BOLÍVAR, es una Entidad de carácter público, que tiene personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, a la cual le fue asignada todos los derechos y obligaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, que le corresponde dentro de su área de acción y responden por sus propios actos y omisiones (lo subrayado es nuestro)

Es necesario precisar que para que se declare la responsabilidad a una Entidad como la que represento ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ – SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, la jurisprudencia ya citada en la contestación de la demanda ha señalado que es menester que se presenten en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro, circunstancia que no se halla presente aquí, por **cuanto Bogotá D.C - Secretaría Distrital de Salud, no tuvo relación con la prestación de los hechos demandados y la institución que presto los servicios de salud que no depende del Distrito Capital -Secretaría Distrital de Salud**, tampoco se delegó para prestar el servicio, sino que son funciones propias de la actividad para la cual fueron creadas según lo determina hoy la estructura de salud dada por la ley 100 de 1993.

La Ley 60 de 1993 y luego la Ley 715 de 2001, fijan recursos y competencias por entes territoriales, es decir la nación cumple unas funciones, el departamento cumple otras funciones y los municipios otras para lo cual se le asignan recursos desde el nivel nacional.

La Ley 100 de 1993, que fija el sistema de seguridad social integral, organiza la estructura de funcionamiento del sistema de salud en un asegurador (EPS) un prestador (IPS) y unos usuarios (del régimen contributivo o subsidiado y los que no están asegurados). Todas las EPS tienen su red de prestadores para dar servicios a sus afiliados y estas son las IPS de la red pública o privadas que tengan contrato para tal fin.

En el caso concreto objeto de análisis, se convoca a la Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaria Distrital de Salud al trámite de conciliación, respecto de una controversia en la cual el ente Distrital no ha ocasionado perjuicio alguno, ni tiene responsabilidad u obligación alguna, ni tampoco compromiso patrimonial alguno en relación con las pretensiones de la convocante.

Al ser los Hospitales entidades que gozan de personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio, se hace patrimonialmente responsable por los daños antijurídicos que cause por motivo de sus acciones u omisiones en desarrollo de sus funciones.

Por lo tanto se configura la **falta de legitimación por pasiva**, toda vez que existe ineptitud en la convocatoria de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a la demanda de la referencia para que se efectúe la reparación de los daños que aduce la parte demandante le fueron causados, debido a que como se señaló, esta

Cra. 32 No. 12-81
Tel. 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

entidad no ha ocasionado perjuicio alguno a dicha persona, por lo cual no existe un nexo causal entre el daño aducido y esta entidad, por lo cual no hay tampoco motivo alguno para que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C., repare el daño alegado.

El Honorable Consejo de Estado mediante sentencia del 6 de agosto de 2012, Consejero Ponente Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, ha considerado en relación con la falta de legitimación en la causa, lo siguiente:

"Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante".

En Sentencia del 25 de marzo de 2010 expediente 05001-23-31-000-2000-02571-01 (1275-08), M.P. Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, Sección Segunda del Honorable Consejo de Estado, sostuvo:

"...En reciente jurisprudencia, esta Corporación ha manifestado en cuanto a la legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable bien a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado. Así mismo, ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa, siendo la legitimación en la causa de hecho la relación procesal existente entre demandante legitimado en la causa de hecho por activa y demandado legitimado en la causa de hecho por pasiva y nacida con la presentación de la demanda y con la notificación del auto admisorio de la misma quien asumirá la posición de demandado; dicha vertiente de la legitimación procesal se traduce en facultar a los sujetos litigiosos para intervenir en el trámite del plenario y para ejercer sus derechos de defensa y de contradicción; **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño.** En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, **pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra..." (Negrilla de la Sala)

Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud no es parte de la relación material que pueda llegar a dar lugar a un eventual litigio y por tanto no debe ser llamada como sujeto pasivo en el proceso que instaure o llegare a instaurar los convocantes, razones estas que impedirían una posible conciliación respecto de las pretensiones de la convocante.

De otra parte la Secretaria Distrital de Salud en aras de dar cumplimiento al fin estatal, como es lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución Política, que indica: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.." , procede ante el Sistema de Seguridad Social Integral, que es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, a dar cumplimiento a planes y programas del Estado para con la Sociedad a fin de proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

El Sistema de Seguridad Social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. El sistema comprende la obligación del Estado y la sociedad de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Adicionalmente se debe demostrar el **nexo causal**, que entre la actuación imputable a la administración y el daño causado, debe existir una relación de causalidad, lo cual quiere decir que el daño debe ser efecto o resultado de aquella actuación. Para que exista esa relación de causalidad, el hecho o actuación debe ser actual o próximo, debe ser determinante del daño y debe ser apto o idóneo para causar dicho daño, de otra parte como consecuencia de la necesidad de este nexo, si el daño no puede imputarse a la actuación de la administración, no habrá responsabilidad de ella, como sucede cuando el daño es producido por fuerza mayor o caso fortuito, como ocurrió en el presente caso; fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir ningún acontecimiento, la cuestión de la fuerza mayor no es una cuestión que examina la naturaleza misma del hecho, sino indagar también si éste reúne los requisitos para ello.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

La jurisprudencia Colombiana, en mayor medida después de la promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1991, ha sostenido con insistencia que para que se declare la responsabilidad es menester que se presenten en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro. Igualmente es importante citar el pronunciamiento del Consejo de Estado, Sección Tercera 24 de septiembre de 1993, C.P. Dr., Suárez Hernández

"...Como bien lo recuerda el señor Procurador Décimo Delegado ante esta Corporación, para que la acción de reparación directa sea viable, es indispensable el acreditamiento (sig) legal y oportuno de tres elementos axiológicos, a saber: falla o falta del servicio; daño en el patrimonio económico o moral del demandante; y, **relación de causalidad entre éste y aquélla**; lo ha reiterado insistentemente esta Sala que al no encontrarse probada cualquiera de estas tres circunstancias, las pretensiones deberán negarse"

Sentencia 16 de abril de 1993 C.P. Dr. Montes Hernández –exp. 7124:

*"La responsabilidad del Estado se declara, siempre que concurren los siguientes elementos: un hecho dañoso imputable a la administración, un daño sufrido por el actor, que para el efecto es quien los alega, y un **nexo causal que vincula a estos**; dicha causa es esencial para concluir que el daño es consecuencia directa del hecho atribuido a la administración"*

Es pertinente señalar, respecto a los perjuicios morales a los que hace alusión la parte demandante, que no es procedente la exigencia de las sumas requeridas en la demanda, toda vez que el Consejo de Estado en el Fallo 19835 del 12 de mayo de 2011, manifestó que:

"En relación con el perjuicio moral ha reiterado la jurisprudencia de la Corporación que la indemnización que se reconoce a quienes sufren un daño moral calificado como antijurídico **tiene una función básicamente satisfactoria y no reparatoria** y que los medios de prueba que para el efecto se alleguen al proceso pueden demostrar su existencia pero no una medida patrimonial exacta frente al dolor, por lo que **corresponde al juez tasar discrecionalmente la cuantía de su reparación**, teniendo en cuenta la gravedad del daño causado al demandante." (subrayado y negrita por fuera del texto original)

Teniendo en cuenta la cita del párrafo inmediatamente anterior, se evidencia que es el Juez quien decidirá el monto de la cuantía de la reparación conforme a los lineamientos expresados en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998, toda vez que sea cual sea el medio probatorio que quiera utilizar la demandante, este no demuestra cual es la medida indicada para establecer la cuantía del perjuicio causado.

Bajo las anteriores consideraciones, la presente acción no es viable que prospere contra la Secretaría Distrital de Salud, por cuanto **no es la** persona jurídica indicada para responder por las pretensiones de la parte demandante, toda vez que la Secretaría Distrital de Salud es totalmente ajena a la presunta falla o



responsabilidad ocasionados por los hechos u omisiones que se hayan podido generar a Jarodl Arvei Salinas Ibañez, en consecuencia no tiene ninguna responsabilidad.

Por último la Secretaría Distrital de Salud, no tuvo participación directa o indirecta en la atención médica de la señora Jarodl Arvei Salinas Ibañez, pues la prestación directa de los servicios de salud le corresponde a las Empresas Sociales del Estado (Hospital Simón Bolívar), las cuales constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en dicha ley (Artículo 194), de manera que no es el ente territorial, Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, la persona jurídica responsable en el presente caso de la prestación de los servicios de salud que dieron origen a la presente acción por los presuntos perjuicios causados a la demandante **no existiendo en consecuencia nexo causal entre el presunto daño irrogado al mismo y la acción o la omisión del Ente Territorial.**

Además de lo anterior, no existe ninguna prueba ni acreditación de los supuestos perjuicios morales causados a los familiares de la demandante, ni mucho menos que los mismos le hayan sido ocasionados como consecuencia de omisión, negativa, rechazo o negligencia alguna en la que hubiera incurrido la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

En cuanto a los perjuicios materiales supuestamente causados a la parte demandante, estos no se encuentran tampoco demostrados ni mucho menos que los mismos le hayan sido ocasionados como consecuencia de omisión, negativa, rechazo o negligencia alguna en la que hubiera incurrido Bogotá Distrito Capital - Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

3.2. INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ATRIBUIBLE A BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.

No basta con acreditar una omisión en abstracto, en tratándose de la actividad médica, sino por el contrario, la importancia de la prueba que permita inferir visos de realidad, es decir que la conducta asumida por el médico o ente hospitalario, deviene de una causa regular y adecuada de la consecuencia o evento dañino que se materializa, en el caso concreto bajo examen.

La relación de causalidad en dicha actividad se caracteriza por un particularismo específico, en relación con el régimen general, circunstancia que se sostiene por las especiales características que tipifican la actividad medica que exigen una consideración especial por parte del juzgador, en el momento de la valoración de la conducta que se considera causalmente ligada a los resultados "nocivos".

Dicho en otras palabras en tratándose de acreditar el elemento causal, se hace indispensable la demostración de que la conducta del médico o del centro hospitalario a quien se le imputan las consecuencias dañinas, resultan ser la causa

Cre. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

✓

adecuada del desenlace producido en el paciente, pues sabido es que el mero contacto del médico con el paciente, no resulta ser un elemento probatorio suficientemente descriptivo que permita tener por acreditada la causalidad exigida por el régimen de responsabilidad.

Es así que el ámbito donde ha de situarse la atención para el análisis de los casos de responsabilidad, presupuesto de la demostración del daño, es el del elemento causal, el cual no puede tenerse por demostrado con la sola prueba de una culpa en abstracto y mucho menos, se ha llegado a tal conclusión por la vía de aplicación de la carga dinámica probatoria, por cuanto las presuntas omisiones en que incurrió el grupo médico o la organización institucional en la prestación del servicio de salud.

Correlativamente, tratándose de prestación de servicios hospitalarios, la Jurisprudencia ha sido reiterativa, al determinar la responsabilidad patrimonial que recae sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando omiten brindar a los pacientes el cuidado que estos requieren, en lo siguiente:

"(...) La Corte Suprema de Justicia ha precisado que "(...) las obligaciones que adquieren las instituciones de salud, (...) han sido consideradas como obligaciones de resultado, en la medida que la entidad se obliga a suministrar materiales y productos exentos de vicios, a poner a disposición del paciente personal idóneo, siendo en consecuencia de mayor relevancia, respecto de éstas, la obligación de seguridad, al punto que también pueden eventualmente responder de manera solidaria por las culpas en que incurra el personal que para el desarrollo de su actividad utilice, en razón a que "las normas sobre responsabilidad médica se aplican a las clínicas"

En tratándose del contrato de prestación de servicios hospitalarios, debe señalarse que, en general, las instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas para el efecto, deben brindar a los pacientes el cuidado que estos requieran en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de su estado de salud. Igualmente, que, como se trata de una actividad altamente regulada y que se encuentra sometida a supervisión estatal, las entidades que ofrecen dichos servicios quedan sometidas al cumplimiento de deberes de distinta naturaleza y alcance, en forma adicional a aquellos que se convengan libremente entre los contratantes."

CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, SUBSECCIÓN "B", Consejera Ponente: STELLA CONTO DÍAZ DEL CASTILLO, Bogotá, D. C., cinco (05) de marzo de dos mil quince (2015), Proceso número:190012331000200101372-01 (30531).

Conforme al precedente jurisprudencial que antecede, la responsabilidad patrimonial resulta imputable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando omiten brindar a los pacientes el cuidado que estos requieren y en tanto y



en cuanto las normas sobre responsabilidad médica se aplican a las clínicas, y también por serles imputable el cumplimiento de deberes de distinta naturaleza y alcance, en forma adicional a aquellos que se convengan libremente entre los contratantes, pero resulta claro que en el presente caso, la señalada imputación de responsabilidad patrimonial y el cumplimiento de deberes de distinta naturaleza y alcance del **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**, no resulta, ni imputable ni trasladable a la **Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá**, pues las acciones, negativas, omisiones o negligencias que pudieran haber causado, originado o derivado la presente demanda no le son atribuibles ni por activa ni por pasiva a mi representada. (lo resaltado fuera de texto)

3.3. DE LA EXCEPCION DE FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

La Secretaría Distrital de Salud no es sujeto pasivo de la presente acción por tratarse de entidades que no tienen ninguna relación material con los hechos objeto de la presente demanda, ni de ninguna otra índole que pueda derivarse o relacionarse con los mismos y con el presente litigio, razones por las cuales no puede ser llamada como sujeto pasivo dentro del mismo, por cuanto no existe una conexión entre los hechos alegados y mi representada, por lo tanto no goza de la capacidad para ser parte, como a continuación se planteará.

Sea lo primero indicar, que de acuerdo con la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en dicha ley (Artículo 194).

De acuerdo con la citada ley, los hospitales del Distrito Capital de Bogotá, fueron creados como personas jurídicas autónomas mediante el Acuerdo 20 de 1990, transformados en Empresas Sociales del Estado mediante Acuerdo 17 de 1997 y fusionados en virtud del Acuerdo 641 de 2016, respectivamente, todos ellos expedidos por el Honorable Concejo Distrital de Santa Fe de Bogotá D.C, de manera que en cumplimiento de las citadas normas, como entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa en desarrollo de la personería jurídica, patrimonio propio y autonomía que la ley le otorga, tiene la capacidad para comparecer y ser vinculada dentro del trámite conciliatorio y en tal sentido se encuentra legitimado por pasiva dentro del mismo.

Así mismo en virtud de su capacidad son sujetos de derechos y obligaciones, por lo cual responden por las obligaciones hecho o daños por ellas ocasionados¹

El Honorable Consejo de Estado mediante sentencia del 6 de agosto de 2012, Consejero Ponente Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, ha considerado en relación con la falta de legitimación en la causa, lo siguiente:

¹ Artículo 1502 del Código Civil: "La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, sin el ministerio o la autorización de otra."

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



"Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante".

Y en Sentencia del 25 de marzo de 2010 expediente 05001-23-31-000-2000-02571-01 (1275-08), M.P. Dr. Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, Sección Segunda del Honorable Consejo de Estado, sostuvo:

*"...En reciente jurisprudencia, esta Corporación ha manifestado en cuanto a la legitimación en la causa, que la misma no es constitutiva de excepción de fondo sino que se trata de un presupuesto necesario para proferir sentencia de mérito favorable bien a las pretensiones del demandante, bien a las excepciones propuestas por el demandado. Así mismo, ha diferenciado entre la legitimación de hecho y la legitimación material en la causa, siendo la legitimación en la causa de hecho la relación procesal existente entre demandante legitimado en la causa de hecho por activa y demandado legitimado en la causa de hecho por pasiva y nacida con la presentación de la demanda y con la notificación del auto admisorio de la misma quien asumirá la posición de demandado; dicha vertiente de la legitimación procesal se traduce en facultar a los sujetos litigiosos para intervenir en el trámite del plenario y para ejercer sus derechos de defensa y de contradicción; **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño.** En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, **pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra..."** (Negrilla de la Sala)*

Con fundamento en la jurisprudencia previamente citada, la Alcaldía Mayor de Bogotá - Secretaría Distrital de Salud, no es parte de la relación material objeto del



presente litigio y por tanto no debe ser vinculada como sujeto pasivo dentro del mismo, ni está llamada a responder por los daños que se reclaman en la presente actuación.

Por lo expuesto, consideramos señor Juez, que no es la ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, quien deba asumir las responsabilidades objeto de la presente acción, pues sus actuaciones se han enmarcado en el cumplimiento de las normas legales y en el ejercicio de sus competencias y funciones con sujeción a las mismas y a sus normas reglamentarias.

3.4 INEPTITUD SUSTANTIVA DE LA DEMANDA

De acuerdo con el Estatuto Orgánico de Santa Fe de Bogotá D.C. (DEC. 1421/1993 Art. 54), La Secretaría Distrital de Salud, hace parte del sector central de la Administración Distrital, Dependiente del Despacho del Señor Alcalde Mayor de Bogotá, quien de acuerdo con lo expresado por el artículo 35 del mismo Estatuto, ...*"Es el jefe de gobierno y de la administración Distrital y representa legal, judicial y extrajudicialmente al Distrito Capital..."* Mediante el Decreto 854 del 02 de noviembre el alcalde mayor de Bogotá delegó en cabeza de los secretarios de Despacho, Directores del Departamento Administrativo y Gerente de la Unidad Ejecutivas de Servicios Públicos a partir del 1 de enero de 2002, ejercer la representación judicial y extrajudicial del Distrito Capital ante los distintos Despachos en los procesos que se adelanten con ocasión, de los actos, hechos, omisiones u operaciones que aquellos organismos expidan, realicen en que incurran o participen y, que sean notificados a partir de la fecha señalada, complementado con el Decreto 203/2005.

Mediante Acuerdo 20 de 1990 se organizó el sistema Distrital de Salud de Bogotá, en su Artículo 2º establece:

Art. 2.- Asignar a la Secretaría Distrital de Salud como organismo único de dirección del Sistema Distrital de Salud, para efectuar la coordinación, integración, asesoría, vigilancia y control de los aspectos técnicos, científicos, administrativos y financieros, de la salud y la Secretaría Distrital De Salud.

Art. 15.- Crear como establecimientos públicos distritales con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio propio adscrito a la Secretaría Distrital de Salud a los siguientes hospitales, policlínicos y centros de salud.

NIVEL III: Hospital Simón Bolívar, Hospital de Occidente "Kennedy", Hospital La Victoria y Hospital el Tunal.

NIVEL II: hospital La Granja, Hospital de Bosa, Hospital de Engativá, Hospital de Fontibón, Hospital San Blas, Hospital Del Guavio, Hospital El Carmen y Hospital de Meissen.





NIVEL I: Policlínico de Chapinero, Policlínico Trinidad Galán, Policlínico la Perseverancia, Policlínico del Ricaurte, Policlínica del Olaya, Policlínica San Jorge, Policlínica Tunjuelito, y Policlínica de Usme, Centro de Salud de Usaquén, Centro de Salud de Suba, Centro de Salud Juan XXIII, Centro de Salud Kennedy y Centro de Salud Nazaret.

Parágrafo 1º.- Los anteriores establecimientos públicos deberán organizar un Fondo Especial para medicamentos y suministros, de conformidad con el Art. 19 de la Ley 10 de 1990.

Parágrafo 2º.- En la medida de las necesidades propias de la comunidad y el desarrollo de la ciudad, podrán crearse nuevos establecimientos de salud o ascender de nivel, bajo la dirección del Sistema Distrital de Salud y mediante acuerdo del Honorable Concejo de Bogotá.

El tratadista Juan Carlos Henao, en su obra, El Daño, señala " ... Frente a un litigio de responsabilidad varias son las ópticas desde las cuales puede hacerse su enfoque. Todo depende del elemento de la responsabilidad que se quiere hacer prevalecer. La jurisprudencia nacional, en mayor medida en la de conformidad a la Constitución del 91, ha sostenido con insistencia que para que se declare la responsabilidad es menester que se presenten en forma concurrente una falla del servicio, un daño y una relación de causalidad entre uno y otro".

El Consejo de Estado, Sección Tercera, 24 de septiembre de 1993, C.P. Suarez Hernandez, dijo:

" Como bien lo recuerda el señor Procurador Décimo Delegado ante la Corporación, para que la acción de Reparación directa sea viable, es indispensable el acreditamiento (sig) legal y oportuno de tres elementos axiológicos a saber. Falla o falta del servicio; daño en el patrimonio económico o moral del demandante; y relación de causalidad entre este y aquella; lo ha reiterado insistentemente esta Sala que al no encontrarse probada cualquiera de estas tres circunstancias, las pretensiones deberán ser negadas".

En sentencia del 16 de abril de 1993, Consejero oponente: Montes Hernandez, Exp. 7124: señala:

"La responsabilidad del Estado se declara siempre que concurren los siguientes elementos: un hecho dañoso imputable a la administración; Un daño sufrido por el actor, quien se quien lo alega, y un nexo causal que vincula a estos; dicha causa es esencial para concluir que el daño es consecuencia directa del hecho atribuido a la administración".

Con fundamento en lo anterior la acción en examen no es viable en contra de la Secretaria Distrital de Salud, por cuanto no es la persona jurídica para que responda por las pretensiones que se le pretende en dilgar, en virtud a como ha





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

quedado demostrado que cada E.S.E., es capaz de asumir sus propias responsabilidades, unos deberes y unas obligaciones establecidas en la Constitución y la Ley.

Por lo tanto la Secretaria Distrital de Salud, fue y es ajena a los hechos de la demanda por lo que no existió en ningún momento una relación de causalidad, razón suficiente para exonerar a la entidad que represento de la responsabilidad que se pretende endilgarle.

3.5 EXCEPCIÓN DE OFICIO

Conforme a lo preceptuado en el artículo 282 del C.G.P. solicito se declaren de oficio las que resulten probadas en desarrollo del proceso.

IV. PETICIONES

Con fundamento en el anterior sustento jurídico , y considerando que no existe responsabilidad alguna atribuible al Distrito Capital- Secretaría Distrital de Salud, que no se ha demostrado la existencia de un daño antijurídico, ni ningún perjuicio y daño atribuibles a mis representados como tampoco la existencia de la responsabilidad médica atribuible a la Secretaria Distrital de Salud, y estando demostrada así mismo **la falta de legitimación en la causa por pasiva**, por cuanto no es el Distrito Capital- Alcaldía Mayor de Bogotá- Secretaria Distrital de Salud, quien deba responder por las indemnizaciones se debaten dentro de la presente acción, solicito respetuosamente exonerar a la entidad que represento de todos los cargos, pretensiones y declaraciones que se demandan y declarar la falta de legitimación en la causa por pasiva desvinculándonos del proceso.

Por lo anterior, comedidamente solicito al Despacho se niegue las pretensiones de la demanda y en consecuencia solicito sea condenada en costas la parte demandante.

V. ANEXOS

Documentales que se aportan:

Poder otorgado a Germán Orjuela Jaramillo, por el señor Secretaria Distrital de Salud, para actuar dentro de este proceso junto con sus respectivos anexos.

VI. CON RELACIÓN A LA CUANTÍA

Muy respetuosamente me opongo al valor pretendido como indemnización de daños y perjuicios por cuanto consideramos no están acordes a los hechos y a la





realidad, ya que no aporta prueba contundente que así indique que dicho valor sea el estimado para una posible condena.

Del mismo modo, respecto a los perjuicios morales aducidos por la parte demandante, reitero como se expuso en acápite anterior del presente escrito, correspondiente a la "INEXISTENCIA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACION – SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, RESPECTO DEL DAÑO ANTIJURIDICO Y DEL PERJUICIO Y DAÑO ADUCIDO POR EL DEMANDANTE", que es el Juez y no la parte demandante, quien conforme lo expone la ley, y en concordancia con la jurisprudencia citada, debe decidir el monto de la cuantía de la reparación, de acuerdo con los lineamientos expresados en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998, toda vez que sea cual sea el medio probatorio que quiera utilizar el demandante, este no demuestra cual es la medida indicada para establecer la cuantía del perjuicio causado.

VII. NOTIFICACIONES

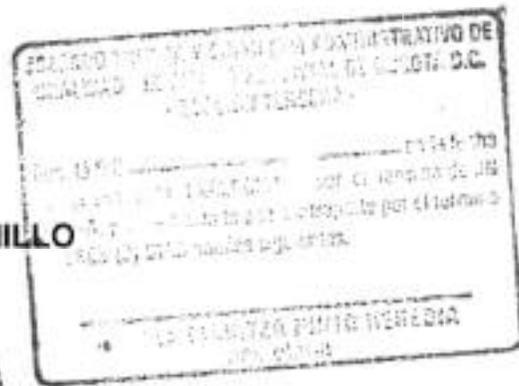
El DISTRITO CAPITAL y la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD y el apoderado de la entidad las recibiremos en la Secretaria de su Despacho o en la carrera 32 No. 12-81 Piso sexto (6) de esta ciudad. Tel. 3649090. Ext 9722 ó 9572 y en este buzón para notificaciones electrónicas: notificacionjudicial@saludcapital.gov.co, g1orjuela@saludcapital.gov.co

Sírvase señora Juez reconocerme personería jurídica para actuar con las facultades y condiciones allí otorgadas.

Señor Juez,

Atentamente,

Juan G. Orjuela
GERMÁN ALFONSO ORJUELA JARAMILLO
C.C. 79.232.917 de Bogotá
T.P. 96.334 del C.S. de la J.



RAMA JUDICIAL DEL PODER JUDICIAL
OFICINA DE APOYO PARA LOS JUZGADOS ADMINISTRATIVOS DE BOGOTÁ
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
El documento fue presentado personalmente por
German Alfonso Orjuela
Quien se identifica C.C. No. 79232917
T.P. No. 96334 Bogotá D.C. 14 AGO 2017
Responsable Centro de Servicios: CAJA

Cra. 32 No. 12-81
Tel. 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info 364 9666



BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS



Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: "20171100202261"
Fecha: 15-11-2017

110

Señores

**JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO
ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SECCION TERCERA**

E. S. D.

Referencia. CONTESTACIÓN A DEMANDA.
Radicación. 11001-3336035-2015-00538-00
Medio de control. REPARACIÓN DIRECTA.
Demandante. YENCY VIVIANA ROJAS IBÁÑEZ Y OTROS.
Demandados. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
HUMANA VIVIR EPS S
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ.
DR. FELIX BECERRA CAMARGO.

CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

2017 NOV 15 PM 10 53

OFICINA DE APOYO
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS

157328

CARLOS H. AGON LLANOS, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 91.424.551 de Barrancabermeja - Santander y con Tarjeta Profesional No. 76.920 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado de la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. - U.P.S.S. SIMÓN BOLÍVAR**, entidad pública de carácter especial dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio creada por el Acuerdo 641 de 2016, conforme al poder debidamente conferido por su Gerente la Dra. **YIDNEY ISABEL RODRIGUEZ GARCÍA**, identificada con la Cédula de Ciudadanía N° 52.187.421 de Bogotá, nombrada mediante Decreto N° 159 del 05 de abril de 2017, estando dentro del término legalmente establecido por la Ley y atendiendo la suspensión de términos judiciales generada por diversas circunstancias, entre otras la visita papal, mediante el presente escrito me permito dar contestación a la demanda de la referencia, en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS

- **AL PRIMER HECHO.** No nos consta que el Sr. Jarold Arvey Montealegre haya sufrido traumatismo craneo-encefálico severo en enero del año 2011.
- **AL SEGUNDO HECHO.** No nos consta si el Sr. Jarol Arvey fue trasladado al Hospital de Kennedy donde fue intervenido quirúrgicamente con craneotomía descompresiva.
- **AL TERCER HECHO.** No nos consta que el Sr. Salinas Montealegre haya estado hospitalizado durante 28 días, tiempo en el que permaneció con respiración asistida por ventilación mecánica.
- **AL CUARTO HECHO.** No nos consta que el Sr. Salinas Montealegre haya sido dado de alta, en dicho centro hospitalario, con traqueostomía.
- **AL QUINTO HECHO.** No nos consta que el Sr. Salinas haya consultado en el mes de marzo de 2012 al Hospital de Kennedy por disfonía.

Ventanilla de Correspondencia: Cra. 8 A No. 119B-14
Sede Administrativa: Calle 66 No. 15-41
Tel.: 6583030/ 3499060
www.subrednorte.gov.co
Info: Línea 195

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

GD-F-07-01

No se consigna en modo alguno, como asevera el demandante, que el Hospital Simón Bolívar haya solicitado la prótesis de Montgomery para la realización de la cirugía programada (**Anexo 2**).

- **AL DÉCIMO CUARTO HECHO.** Es cierto. El paciente es intervenido el 02 de abril de 2013 por el Dr. Felix Becerra Camargo quien como obra en el formato de evolución consigna como nota operatoria, el diagnóstico pre y post, procedimiento, cirujano, ayudante, hallazgos, complicaciones y plan a seguir. (**Anexo 4. Informe Quirúrgico Salas de Cirugía**).
- **AL DÉCIMO QUINTO HECHO.** Es cierto. Al paciente se le practicó resección traqueal reconstrucción término terminal en la que no se utilizó prótesis Montgomery.
- **AL DÉCIMO SEXTO HECHO.** Es cierto. Como obra en formato de evolución anexo, el paciente presenta adecuada evolución con extubación exitosa. (**Anexo 5. Evolución. 10-0 4-13**).
- **AL DÉCIMO SÉPTIMO HECHO.** Es cierto. Como se consigna en formato anexo, el paciente niega disnea, tolera vía oral, no presenta picos febriles, buenas condiciones generales, con apósito seco cubriendo herida quirúrgica que se encuentra sin edema, eritema o secreción, no enfisema subcutáneo en cuello o pared anterior del tórax, fonación espontánea y adecuada. Paciente con diagnóstico de pop de laringoplastia día 13, a quien se le realizó fibronasolaringoscopia que muestra rafia traqueal en buen estado y adecuada movilidad de cuerdas vocales, buen espacio en área de subglotis, no escape, no suturas expuestas. Por adecuada evolución clínica se decide egreso con una cita de control en 5 días (viernes 19 de abril), fórmula médica elindamicina y deflazacort, recomendaciones generales y signos de alarma. (**Anexo 6. Evolución. 15-04-13**).
- **AL DÉCIMO OCTAVO HECHO.** No es cierto al paciente Salinas Montealegre se le dio cita de control post operatorio a los quince (15) días por parte del médico tratante; se desconoce el o los motivos por los cuales el paciente no asistió a los mismos.
- **AL DÉCIMO NOVENO HECHO.** Es cierto. Como consta en el formato de priorización triage - urgencias, el día 10 de mayo de 2013 el paciente es traído por móvil 5196 por cuadro clínico de diez días de evolución consistente en disnea de medianos esfuerzos asociado a cianosis motivo por el cual consulta. Refiere que hace 8 días estuvo hospitalizado en el Hospital de Kennedy por cuadro similar manejado con terapia respiratoria.

En el formato de solicitud y respuesta de interconsulta se evidencia que el servicio inter consultado fue otorrinolaringología donde fue valorado por el médico cirujano Felix Chaparro Aguirre, así:

"(...) Paciente con antecedente de laringotraqueoplastia hace un mes y una semana, con cuadro clínico de dos semanas de evolución consistente en escurrimiento posterior y dificultad para expectorar, niega tos, disnea de esfuerzos o en reposo, niega ortopnea, fiebre, rinorrea o dolor facial, niega distagia u odinofagia. No signos de dificultad respiratoria, no estridor laríngeo, disfonía leve.

Se realiza nasofibroaringoscopia en la que se evidencia escurrimiento posterior escaso y blanquecino en nasofaringe a nivel de laringe eritema glótico y supra glótico con hipertrofia de bandas ventriculares. Diagnóstico: Paciente sin signos de compromiso sistémico y sin dificultad respiratoria. Se sugiere realización de hemograma y pcr y continuar nebulizaciones con adrenalina. Se inicia omeprazol en cápsulas. Revalorar por cirugía general y se da cita de consulta externa. (**Anexo 7. Historia Clínica de Urgencias**).

- **AL VIGÉSIMO HECHO.** No es cierto; de conformidad con la agenda anual correspondiente al año 2013, el día 10 de mayo fue un viernes. Los viernes estaban programados los Dres. Alarcón, Becerra, Ángel y Cortés. El Dr. Becerra prestaba sus servicios los lunes de 6:00 a.m. a 14:00 p.m. Los martes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Los miércoles de 6:00 a.m. a 14 p.m. y los jueves de 6:00 a.m. a 12m. (**Anexo 8. Agenda del Servicio de Otorrinolaringología**).
- **AL VIGÉSIMO PRIMER HECHO.** No es cierto, por lo expuesto arriba.
- **AL VIGÉSIMO SEGUNDO HECHO.** Es cierto. Así consta en el anexo 7.
- **AL VIGÉSIMO TERCER HECHO.** No nos consta que el paciente Salinas Montealegre haya acudido a una droguería por presentar gran dificultad respiratoria.
- **AL VIGÉSIMO CUARTO HECHO.** No nos consta que el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses haya concluido que la causa de muerte fue la ESTENOSIS LARINGEA.
- **AL VIGÉSIMO QUINTO HECHO.** No nos consta que en la necropsia se haya encontrado en laringe abundantes tejidos cicatriciales, suturas sintéticas y estenosis traqueal del 70% y 90% de la luz aérea.
- **AL VIGÉSIMO SEXTO HECHO.** No nos consta la vida marital sostenida por el señor Salinas Montealegre con la Sra. Yency Viviana Rojas ni que del fruto de esa relación haya nacido Sebastián Yused Salinas Rojas.
- **AL VIGÉSIMO SÉPTIMO HECHO.** No nos consta que familiares le sobreviven al Sr. Salinas Montealegre
- **AL VIGÉSIMO OCTAVO HECHO.** No nos consta que el Sr. Salinas Montealegre contribuyera al sostenimiento de su madre Cecilia Montealegre, de su compañera Yency Rojas y de su hijo Sebastián Yused.
- **AL VIGÉSIMO NOVENO HECHO.** No nos consta que el Sr. Salinas Montealegre haya sido un miembro muy importante de la familia que gozaba de gran aprecio, cariño y amor de su compañera
- **AL TRIGÉSIMO HECHO.** No nos consta los gastos funerarios en que incurrió la Sra. Cecilia Montealegre Macías por la muerte de su hijo Jarold Salinas.
- **AL TRIGÉSIMO PRIMER HECHO.** No es cierto, la entidad no está obligada a indemnizar económicamente a la familia del Sr. Salinas Montealegre, pues no es responsable de su deceso.

- **AL TRIGÉSIMO SEGUNDO HECHO.** No es cierto, la entidad no está obligada a indemnizar económicamente a la familia del Sr. Salinas Montealegre, pues no es responsable de su deceso. Desconocemos igualmente, el grado de dolor o aflicción que la muerte del Sr. Salinas Montealegre, les haya producido.
- **AL TRIGÉSIMO TERCER HECHO.** No nos consta que el deceso del Sr. Salinas Montenegro haya frustrado a su familia del gozo, compañía y solidaridad del fallecido.
- **AL TRIGÉSIMO CUARTO HECHO.** Es cierto.
- **AL TRIGÉSIMO QUINTO HECHO.** Es cierto.

II. A LAS DECLARACIONES, CONDENAS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

En cuanto a las declaraciones y pretensiones de la demanda, una vez expuesta la contestación a los hechos que la soportan, nos oponemos a todas y cada una de ellas por considerarias infundadas, de acuerdo con los siguientes:

III. FUNDAMENTOS FÁCTICOS Y JURIDICOS DE LA CONTESTACIÓN.

Pretende el accionante que se declare responsable, entre otros demandados, al Hospital Simón Bolívar Empresa Social del Estado hoy fusionado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., por los perjuicios causados a los demandantes con ocasión de la muerte del Señor Jarold Arvey Salinas Montealegre originada - en sentir del accionante - : "(...) en el manejo clínico negligente, deficiente e imperito asumido por la institución Hospital Simón Bolívar, su servicio de otorrinolaringología y el Dr. Felix Becerra Camargo". Para el demandante, la historia clínica permite demostrar la negligencia institucional a partir de los siguientes hechos:

(...)

1. Jarold Arvey Salinas Montealegre, fue remitido por el Hospital de Kennedy para que fuera atendido por el servicio de otorrinolaringología del Hospital Simón Bolívar por presentar una estenosis laringotraqueal a nivel subglótico (estenosis grado IV).
2. Los Hospitales El Tunal y Simón Bolívar realizaron juntas quirúrgicas de otorrinolaringología en las que determinaron que Jarold Arvey Salinas Montealegre **presentaba una ESTENOSIS SUBGLÓTICA COTTON 4 y recomendaron realizar LARINGOPLASTIA con aplicación de STEM DE MONTGOMERY** (Negritas fuera de texto).
3. Humana Vivir S.A. E.P.S. S. autorizó el stem de Montgomery, cánula de traqueostomía y la realización de la cirugía laringoplastia con stem.
4. El 02 de abril de 2013 el doctor Felix Becerra Camargo operó a Jarold Arvey Salinas Montealegre en el Hospital Simón Bolívar y realizó reconstrucción término terminal de tráquea pero decidió no utilizar la prótesis de Montgomery.

5. El Hospital Simón Bolívar y el doctor Félix Becerra Camargo no programaron controles post-operatorios para seguir de cerca la evolución de su paciente.
6. Jarold Arvey Salinas Montealegre presentó dificultad respiratoria progresiva por que intentó en múltiples oportunidades y sin éxito, obtener cita de control post-operatorio con el Hospital Simón Bolívar y el Dr. Félix Becerra Camargo.
7. El día 10 de mayo de 2013 Jarold Arvey Salinas Montealegre presentó severa dificultad respiratoria y cianosis por lo que ingresó al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar.
8. En urgencias del Hospital Simón Bolívar Jarold Arvey Salinas Montealegre no fue atendido por el Dr. Félix Becerra Camargo u otro otorrinolaringólogo del Hospital Simón Bolívar.

(...)*

De los hechos arriba enunciados y las pruebas aportadas al proceso - entre otras la historia clínica del Sr. Salinas Montealegre, para esta entidad es claro que la ocurrencia de la falla del servicio médico, sobre la cual se edificaron las pretensiones resarcitorias, consistente en la inadecuada e inoportuna atención del paciente, carecen de respaldo probatorio y, por el contrario, se encuentra acreditado que el servicio médico quirúrgico a él brindado fue idóneo y oportuno. Veamos:

- En el primer punto atrás enunciado, el mismo accionante da cuenta que ya en otro Hospital distinto al Simón Bolívar, esto es, el Hospital de Kennedy - servicio de otorrinolaringología, al paciente ya se le había detectado la estenosis laringotraqueal grado IV que como bien la describe el demandante, es un estrechamiento parcial o completo de la vía aérea superior, que condiciona dificultad para respirar y que en la mayoría de los casos puede ser adquirida debido al uso de la intubación endotraqueal.

Debe recordarse al respecto que el paciente Salinas Montealegre fue intervenido quirúrgicamente en el año 2011 por trauma cráneo encefálico severo, permaneciendo hospitalizado en el Hospital de Kennedy E.S.E. Tercer Nivel de Atención, durante más de 28 días con respiración asistida por ventilación mecánica.

- En el segundo punto, se da cuenta por el propio demandante, de las Juntas Quirúrgicas de dos (02) hospitales distintos: El Tunal y el Simón Bolívar; en ambas el diagnóstico es el mismo: estenosis traqueal adquirida, secundaria a intubación orotraqueal prolongada por trauma cráneo encefálico severo.

No debe perderse de vista, que en la Junta Quirúrgica del Hospital Simón Bolívar obrante en el anexo 3, se considera que el paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery **a evaluar de forma intra quirúrgica.**

Se explica al paciente y a la familiar conducta, la cual entienden. La necesidad de la prótesis de Montgomery se definiría, entonces, intra quirúrgicamente (en la cirugía).

- Afirma al punto tres de los hechos sobre los cuales erige el accionante la responsabilidad de la entidad hospitalaria, que la Empresa Promotora de Salud E.P.S. HUMANA VIVIR, autorizó el stem de Montgomery, aprobación esta que guarda correspondencia con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, según la cual la salud está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden – las IPS o EPS – como en efecto no aconteció en el caso que nos ocupa, negarle la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestarle servicios.
- Al ítem 4, asevera el accionante que el Dr. Becerra Camargo operó a Jarold Arvey Salinas Montealegre en el Hospital Simón Bolívar y realizó reconstrucción término terminal de tráquea **pero decidió no utilizar la prótesis de Montgomery**. Esta decisión es inaceptable para el demandante para quien el nexo de causalidad entre la prestación anormal o deficiente del servicio asistencial y el daño ocasionado, se deriva de la no utilización del stem de Montgomery. En efecto, manifiesta en su libelo de demanda:

*" (...) El Hospital Simón Bolívar E.S.E. y su funcionario médico Felix Becerra Camargo pudieron haber realizado la cirugía laringoplastia utilizando el Stem Montgomery tal como lo habían decidido los especialistas de los hospitales El Tunal y el Hospital Simón Bolívar ESE en sendas juntas de especialistas, de las que el mismo médico Felix Becerra Camargo había hecho parte y cuyo plan fue aceptado y avalado por el especialista al firmar la respectiva acta de la Junta Médica de otorrinolaringología. No se explica la razón por la cual el cirujano cambió de opinión para no utilizar la prótesis de Montgomery, yendo en contravía de lo planeado por dos juntas de otorrinolaringología y habiéndola tenido disponible para su utilización durante la cirugía. **Si se hubiera realizado la laringoplastia utilizando el stem de Montgomery, muy probablemente Jarold Arvey Salinas hoy estaría vivo (...)**" (Negritas fuera de texto).*

Adviértase como el demandante insiste de manera repetitiva en su escrito de demanda, que no fue utilizada la prótesis de Montgomery; considera que en la Junta Médico quirúrgica de otorrinolaringología realizada el día 28 de junio de 2012 en el Hospital El Tunal se le diagnóstico al paciente Estenosis subglótica Cotton 4 y se decidió realizar laringoplastia con stem de Montgomery.

Sin embargo evade manifestar que en esa Junta Médica, si bien se sustentó que el paciente era candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery, esta última sería evaluada de forma intra operatoria, y que esta circunstancia fue explicada tanto al paciente como a su familiar quienes manifestaron entender lo expuesto.

Con todo, el 02-04- 2013 el paciente Harold Arvey Salinas Montealegre, es sometido a procedimiento quirúrgico en el Hospital Simón Bolívar donde se le practica reconstrucción laringo traqueal por parte de doctor Félix Becerra Camargo (médico especialista en otorrinolaringología). En la descripción quirúrgica se evidencia: Dx pre y post operatorio Estenosis laringo traqueal, "...se identifican estructuras, se inicia talla de colgajos peri traqueales, sin evidenciar continuidad laringo traqueal por lo cual se decide resección y anastomosis termino terminal, disecando 2, 3, 4 anillos

traqueales y separación indemne del esófago..., se inicia afrontamiento de las suturas de posterior a anterior hasta lograr el cierre. Se verifica hemostasia...Hallazgos: Descripción laringo traqueal, tráquea fragmentada y fibrótica; por lo anteriormente descrito, el Dr. Félix Becerra decide no colocar la prótesis de Montgomery”.

Como se evidencia, la prótesis de Montgomery era una posibilidad de tratamiento en el paciente; sin embargo, dados los hallazgos intraoperatorios, el Dr. Becerra decide realizar reconstrucción laringo traqueal término terminal, lo cual atendiendo su experticia y experiencia, era lo más acertado para el paciente.

Debe aclararse que en una Junta Quirúrgica, el grupo de expertos que se reúne determina la conducta que en su criterio es la más apropiada a seguir con el paciente, de acuerdo a los estudios previos y la sintomatología que presente éste; y es en el momento de la realización del procedimiento quirúrgico donde se valida si esta decisión fue la más acertada o si la misma debe replantearse de acuerdo a lo encontrado por el cirujano.

- En su agregado quinto (5°), de los ocho (8) sobre los cuales el demandante infiere negligencia institucional, afirma éste, que el Hospital Simón Bolívar y el Dr. Felix Becerra Camargo no programaron controles posoperatorios para seguir de cerca la evolución de su paciente,

Esta afirmación debe desestimarse toda vez en el formato de evolución obrante en anexo 6 del 15 de abril de 2013 - 10:15 a.m. se consigna:

“(...) Paciente con dx de pop de laringoplastia día 13, a quien se le realizó fibronasolaringoscopia que muestra rafia traqueal en buen estado y adecuada movilidad de cuerdas vocales, buen espacio en área de subglotis, no escape, no suturas expuestas. Por adecuada evolución clínica se decide egreso con una (01) cita control en cinco (05) días. -viernes 19 de abril de 2013- .”

De acuerdo con lo consignado en la historia clínica, se demuestra que el paciente el día 19 de abril de 2013 asiste a control pos operatorio como le fuera ordenado en la valoración del 15 de abril de 2013; en dicho control el paciente niega dificultad respiratoria, tos ocasional, tolera la vía oral. Como conducta a seguir se le señala control con otorrinolaringología en 15 días con resultados

Después de este control post operatorio, el paciente no vuelve a solicitar cita alguna, siendo su deber programar la misma en la Central de Citas del Área de Consulta Externa. En la historia clínica del paciente no se evidencia ningún otro registro correspondiente a controles relacionados con el pos operatorio, a pesar que el médico tratante, dio orden de control a los 15 días; se desconoce él o los motivos por los cuales el paciente no asistió a los mismos.

El paciente, sólo vuelve al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar el día 10 de mayo de 2013, es decir con posterioridad a la consulta que por un cuadro clínico similar, hiciera días antes en el Hospital de Kennedy, donde le fuera practicada terapia respiratoria.

Debe precisarse que durante la recuperación pos operatoria del paciente, se realizaron dos procedimientos endoscópicos por parte del servicio de otorrinolaringología que comprobaron evolución satisfactoria sin signos de re estenosis en el área quirúrgica y que dada la adecuada evolución del paciente, el mismo es dado de alta.

- En el numeral argumentativo seis (6) "sobre la responsabilidad de los demandados", señala el accionante que el Sr. Salinas Montenegro, presentó dificultad respiratoria progresiva por lo que intentó en múltiples oportunidades y sin éxito, obtener cita de control pos-operatorio con el Hospital Simón Bolívar y el Dr. Felix Becerra Camargo.

Ya en el numeral anterior, señalábamnos que el paciente sólo asistió a una cita de control programada para el día 19 de abril de 2013 y que con posterioridad a ella, abandona el deber de auto cuidado que le asiste en términos de lo dispuesto por la Ley 1751 de 2015. En efecto esta ley dispone que al paciente le corresponde, propender por su auto cuidado, el de su familia y el de su comunidad así como atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los Programas de Promoción y Prevención.

- En los numeral 7,8 y 9 "sobre la responsabilidad de los demandados", el demandante relaciona como hecho a partir del cual demostrar la negligencia de la entidad, que el 10 de mayo de 2013, el paciente haya presentado severa dificultad respiratoria y cianosis, haya ingresado al servicio de urgencias y no fuera atendido por el Dr. Felix Becerra u otro otorrino laringólogo del Hospital Simón Bolívar, feneciendo el día siguiente por asfixia.

Ya en respuesta al hecho vigésimo, habíamos advertido que de conformidad con la agenda anual correspondiente al año 2013, el día 10 de mayo fue un viernes. Los viernes estaban programados los Dres. Alarcón, Becerra, Ángel y Cortés. El Dr. Becerra prestaba sus servicios los lunes de 6:00 a.m. a 14:00 p.m. Los martes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m. Los miércoles de 6:00 a.m. a 14 p.m. y los jueves de 6:00 a.m. a 12m. (**Anexo 8. Agenda del Servicio de Otorrinolaringología**). Sin embargo, el paciente fue valorado debidamente como se consigna en la historia clínica de urgencias obrante en el anexo 7:

"Paciente traído en ambulancia por cuadro clínico de 10 días de evolución, consistente en disnea de medianos esfuerzos, asociado a cianosis el día de hoy. Motivo por el cual consulta. Refiere que hace ocho días estuvo hospitalizado en el Hospital de Kennedy por cuadro similar manejado con terapia respiratoria". Así mismo en el formato de interconsulta, obrante en el anexo 7, se consigna el servicio inter consultado el día de su ingreso por urgencias: otorrinolaringología.

Para que se configure la responsabilidad médica por falla en el servicio se deben dar los siguientes elementos:

- 1) La existencia de un daño antijurídico.
- 2) Que dicho daño haya sido ocasionado por la acción o la omisión de la autoridad, que en el caso sería la falla en el servicio propiamente dicha, la cual consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, que no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada y,

- 3) Que dicho daño sea imputable al Estado, para lo cual se requiere que exista una relación de causalidad entre estos dos últimos; es decir la comprobación de que el daño se produjo, como consecuencia de la falla del servicio en la que existió culpa.

Ninguno de los elementos anotados, se encuentra presente en las diligencias que nos ocupan; se encuentra acreditado sí, que el servicio médico quirúrgico al paciente ofrecido fue idóneo y oportuno. Sobre este particular, debe recordarse que es el actuar de la administración, el que ha caracterizado y determinado la noción de falla del servicio; la jurisprudencia del Consejo de Estado ha seguido este criterio, sin desconocer que lo que identifica la responsabilidad subjetiva es que la actuación sea irregular en las diversas modalidades que existen.

En efecto, la jurisprudencia y la doctrina han identificado como alguna de las modalidades de la falla en el servicio, entre otras,⁽¹⁾ La Falla Probada, ⁽²⁾ La Falla Presunta del Servicio y la ⁽³⁾ Carga Dinámica de la Prueba.

En la primera, es necesario demostrar la irregularidad en el actuar público, es decir, la culpabilidad de la administración, lo que significa, que además de acreditar: ⁽¹⁾ la actuación, ⁽²⁾ el daño y el ⁽³⁾ nexo causal, es preciso evidenciar un Estado alejado de criterios de buen servicio público que se presenta como vulnerador de derechos.

El accionante está en la obligación de comprobar la actuación de la entidad estatal, el daño y el nexo de causalidad, en la medida, que cualquier imputación de responsabilidad administrativa, tiene que derivarse de un actuar de órgano público o de un particular que desarrolle servicio público o actividad administrativa. (**La Falla en el servicio: una imputación tradicional de Responsabilidad del Estado. Ciro Nolberto Güechá Medina, Ph.D.**)

La falla presunta por su parte, indica una actuación de la administración donde se presume la actuación irregular, es decir, se releva al particular de demostrar el funcionamiento anormal del servicio y en estas circunstancias, se considera que la entidad pública ha vulnerado principios de buen servicio público, siendo la actividad médica, la que constituye el campo de aplicación de dicha clase imputación.

Por las consideraciones anteriores, el régimen probatorio en asuntos de actividad médica, dependiendo el título de imputación de responsabilidad que se utilice, ha sido manejado de forma diferente; así, de la obligación de demostrar la actuación irregular de la administración en los eventos de falla probada, se pasó a la denominada carga dinámica de la prueba, en donde la posición de la parte frente al asunto a probar, determina la obligación de aportar a la actuación contenciosa los elementos de juicio para acreditar los supuestos de hecho objeto de prueba; en el caso de la falla del servicio, hay que decir, que le corresponde al particular demostrar la actuación defectuosa del órgano del Estado, mientras que a la entidad le compete demostrar que actuó ajustada a la legalidad, a criterios de buen servicio público y a una adecuada actuación administrativa.

La falla en el servicio es un título de imputación que se presenta bajo las siguientes hipótesis:

- ⁽¹⁾ Por la **acción** de un funcionario público en el desarrollo y ejercicio de sus funciones que sea a título de culpa grave o dolo.

- (2) Por la **omisión** del funcionario que, debiendo prestar un servicio, no lo presta y
- (3) Por la prestación de un servicio en condiciones de **retardo, irregularidad o ineficiencia**; por ello, examinaremos la actuación desplegada por la entidad a fin de descartar todas las hipótesis antes planteadas y acreditar por el contrario, que su actuar estuvo apegado a la ley y entre otros, a los principios de eficiencia, calidad, igualdad, libre escogencia, corresponsabilidad, continuidad y prevención, que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Advirtamos, apartes del concepto técnico científico emitido por la Dra. Diana Velásquez Rojas, Subred Integrada de Servicios de Salud. **Anexo 9**).

(...)

- El 02-04-2013 el paciente Harold Arvey Salinas Montealegre, es sometido a procedimiento quirúrgico en el Hospital Simón Bolívar donde se le practica reconstrucción laringo traqueal por parte de doctor Félix Becerra Camargo (médico especialista en otorrinolaringología), en la descripción quirúrgica se evidencia: Dx pre y post operatorio Estenosis laringo traqueal, "...se identifican estructuras, se inicia talla de colgajos peri traqueales, sin evidenciar continuidad laringo traqueal por lo cual se decide resección y anastomosis termino terminal, disecando 2, 3, 4 anillos traqueales y separación indemne del esófago..., se inicia afrontamiento de las suturas de posterior a anterior hasta lograr el cierre. Se verifica hemostasia... Hallazgos: Descripción laringo traqueal, tráquea fragmentada y fibrótica; por lo anteriormente descrito, el Dr. Félix Becerra decide no colocar la prótesis de Montgomery".
- En nueva junta médico quirúrgica del servicio de otorrino laringología, realizada en el Hospital Simón Bolívar con fecha del 31-10-2012, se evidencia en soporte de historia clínica: "Paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a tubo oro traqueal prolongado por TCE severo, (se revisa soporte correspondiente en historia clínica), se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery a evaluar de forma intraoperatoria, se explica a paciente y la familiar conducta la cual entiende". Firman Dr. Uriel Cortes M., Dr. Félix Becerra Camargo; Jorge Luis Alarcón B., todos médicos especialista en ORL.
- Durante la recuperación pos operatoria del paciente, se realizaron dos procedimientos endoscópicos por parte del servicio de otorrinolaringología que evidenciaron evolución satisfactoria sin signos de re estenosis en el área quirúrgica y dada la adecuada evolución del paciente, el mismo es dado de alta el 10 de mayo de 2013.
- El paciente es dado de alta el día 15-04-2013 (10+15) por presentar una evolución y recuperación satisfactoria con el siguiente plan de manejo: "1. Cita control en cinco días (viernes 19-04-2013), 2. Fórmula médica clindamicina y deflazacort, 3. Recomendaciones generales, 4. Signos de alarma; firma Dr. Félix Becerra Camargo.
- De acuerdo a lo consignado en la HC, se evidencia que el día 19-04-2013 (10+10), el paciente asiste a control posoperatorio, como fue ordenado por el Dr. Félix Becerra en valoración del día 15-04-2013 (10+15); en dicho control paciente niega dificultad respiratoria, tos ocasional, tolera la vía oral. Al examen físico rinoscopia evidencia desviación del tabique nasal hacia la derecha lo cual obstruye parcialmente. Conducta cita control con ORL en 15 días con resultados, beclometasona amp IM. Firma Dr. Félix Becerra Camargo.

- En la historia clínica del paciente, no se evidencia ningún otro registro correspondiente a controles relacionados con el pos operatorio, a pesar que el médico tratante, dio orden de control a los 15 días; se desconoce el o los motivos por los cuales el paciente no asistió a los mismos y soporta que lo manifestado por la familia del paciente no es cierto al afirmar que el paciente fue abandonado a su suerte.
- El paciente consulta al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar el 10 de mayo de 2013 "por cuadro clínico dado por dificultad respiratoria desde la mañana de hoy". Se realiza solicitud de interconsulta al servicio de otorrinolaringología por tratarse de un paciente que consulta por cuadro de 10 días de evolución de disnea de medianos esfuerzos, el día de hoy se encuentra cianótico motivo por el cual ingresa, saturación de oxígeno del 95% al ambiente.
- Valorado por el médico especialista en otorrinolaringología que se encontraba de turno quien anota en historia clínica, examen físico "buen estado general, no signos de dificultad respiratoria, no estridor laríngeo, disfonía leve". Realiza nasofibrilaringoscopia en la que se evidencia "escurrimiento posterior escaso y blanquecino en nasofaringe, a nivel de laringe eritema glótico y supra glótico con hipertrofia de bandas ventriculares, edema de aritenoides, no se observan lesiones estenóticas, secreción mucosa blanquecina escasa en comisura anterior". Idx: Laringitis aguda, POP laringoplastia, paciente sin signos de compromiso sistémico y sin dificultad respiratoria. Se sugiere realización de hemograma, PCR y continuar con nebulizaciones con adrenalina. Se inicia omeprazol en cápsulas para evitar RGE, pendiente revalorar por cirugía general.
- Se da cita consulta externa ORL". Interconsulta de manera adicional al servicio de cirugía general quien anota "consulta por disnea asociado a disfonía en el momento no se evidencia al examen signos de dificultad respiratoria, ni inestabilidad hemodinámica por lo que se decide retirar oxígeno y dejar en observación, se esperará para clínicas y se evaluará nuevamente. Idx: Síndrome de dificultad respiratoria, POP tardío de retiro de traqueostomía, síndrome convulsivo secundario a TCE. Plan retiro de oxígeno y se valorará con resultados". Paciente revalorado por el servicio de cirugía: "Paciente en el momento hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, saturación de oxígeno FIO21% 92%, sin disfonía o cambios en la fonación, sin dificultad para la deglución.
- Fue valorado por otorrinolaringología quienes consideran paciente cursa con laringitis aguda sin compromiso sistémico además solicitan cita por consulta externa para nueva valoración.
- Se le explica al paciente signos de alarma, se dan recomendaciones y se da salida Firma Dr. Fernando Aguirre (cirugía general) y Cindy Patricia Rueda (residente cirugía general)".

(...)"

Una vez, enunciadas sucintamente las atenciones dispensadas al paciente Jarold Arvey Salinas Montecalegre, cabe preguntarnos: siendo el título de imputación la falla del servicio, ¿cuál de las hipótesis atrás enunciadas se presenta en el caso que nos ocupa? ¿Acaso la acción dolosa o gravemente culposa de algún funcionario público sin identificar, que haya atendido al paciente en ejercicio de sus funciones? ¿Tal vez la inexistente omisión de un funcionario no individualizado que debiendo prestar su servicio al hoy demandante, no se lo prestó? ¿O la prestación de un servicio en condiciones de retardo, irregularidad o ineficiencia? Debe acotarse al respecto que paciente desde el año 2011 fue atendido en por lo menos en cuatro (04) entidades distintas: Hospitales Kennedy, Hospital Tunal, Hospital Simón Bolívar y Fundación Santafé de Bogotá.

La respuesta a los interrogantes planteadas no puede ser distinta a la de no presentarse ninguna de las hipótesis planteadas toda vez que por el contrario, la atención fue oportuna, la información suministrada completa y la evolución satisfactoria.

DE LOS FUNDAMENTOS DE DERECHO.

La Ley 1751 de 2015, elevó la salud al nivel de derecho fundamental autónomo dando pautas para regularlo. Como se trata de un derecho fundamental, significa que la salud, entendida como la promoción de esta, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, debe ser garantizada, bajo responsabilidad del Estado, a todas las personas, sin distingo de ninguna naturaleza.

A partir de la expedición de la Ley 1751 de 2015, la salud está por encima de cualquier consideración, y todas las instituciones del sector tienen que ajustarse para cumplir con este precepto. En ese orden de ideas, no pueden - las IPS o EPS - negarle la atención a una persona, imponerle demoras y trabas o esgrimir razones económicas para no prestarle servicios. Sin embargo, paralelo con lo anterior, por primera vez una ley deja sentado que, en materia de salud, la gente tiene deberes consigo misma y con el sistema de salud.

Promueve entonces la necesidad de que cada persona se auto cuido con la adopción, por ejemplo, de hábitos saludables de vida, consulte a tiempo para evitar complicaciones, ponga en práctica las recomendaciones médicas y evite cometer abusos contra el sistema, entre otros. En efecto, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16) "por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" dispuso en su artículo 10:

(...) Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Son deberes de las personas relacionados con el servicio de salud, los siguientes:

- a) Propender por su auto cuidado, el de su familia y el de su comunidad;
- b) Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;
- c) Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;
- d) Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios salud;
- e) Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;
- f) Cumplir las normas del sistema de salud;
- g) Actuar de buena fe frente al sistema de salud;
- h) Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;
- i) Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago (...).

Así las cosas, para el caso en concreto encontramos una inexistencia de nexo causal entre la conducta o actuación desplegada por los médicos especialistas de la entidad y el "presunto daño" reflejado, evidenciado o manifestado - según el demandante - en la inadecuada e inoportuna atención del paciente.

Por otra parte, sostiene el accionante que si bien la historia clínica incluye el consentimiento informado, este no se confeccionó adecuadamente, presenta graves irregularidades que lo invalidan pues no se consigna ciudad, fecha, nombre del paciente y este no fue informado adecuadamente del tipo de intervención quirúrgica al que sería sometido "(...) ya que no se incluye la colocación de la prótesis o stem laríngeo... no se informa al paciente sobre la decisión de no colocar la prótesis de Montgomery (...)".

El demandante para respaldar el presunto vicio de invalidez o falta de eficacia del consentimiento informado, se funda jurídicamente en los artículos 1254 y 1261 del Código Civil Colombiano; sin embargo estos artículos aluden a una materia o asunto distinto al aquí abordado:

(...)

- ARTICULO 1254. Rebajas de las legítimas y mejoras. Si no hubiere cómo completar las legítimas y mejoras, calculadas en conformidad con los artículos precedentes, se rebajarán unas y otras a prorrata.
- Artículo 1261. Pagos imputables a la legítima o mejora. Los desembolsos hechos para el pago de las deudas de un legitimario, descendiente legítimo, se imputarán a su legítima, pero sólo en cuanto hayan sido útiles para el pago de dichas deudas.

Si el difunto hubiere declarado expresamente, por acto entre vivos o testamento, ser su ánimo que no se imputen dichos gastos a la legítima, en este caso se considerarán como una mejora.

Si el difunto, en el caso del inciso anterior, hubiere asignado al mismo legitimario, a título de mejora, alguna cuota de la herencia o alguna cantidad de dinero, se imputarán a dicha cuota o cantidad; sin perjuicio de valer en lo que excedieren a ella, como mejora, o como el difunto expresamente haya ordenado.

(...)

- Con relación a los consentimientos informados, se evidencia en el correspondiente a anestesia, que al paciente se informa riesgos adicionales como shock, falla respiratoria, paro cardio respiratorio, lesión neurológica de tejidos blandos; El paciente al suscribir el mismo se siente satisfecho con la información recibida por el anestesiólogo, pues ha sido clara, completa, sencilla y comprensible. Acepta haber tenido la oportunidad de preguntar y que sus dudas han sido resueltas en su totalidad. (**Anexo 10. Consentimiento Informado para Anestesia /13-03-15**).
- En el de procedimientos para laringoplastia se informa dentro de los riesgos sangrado, estenosis, obstrucción vía aérea, infección y muerte. (**Anexo 11. Anestesia**).
- En otro de anestesia , procedimiento y transfusiones (07-04-2013), para aplicación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas, crioprecipitados, se informa como riesgos adicionales náuseas, arritmias, reacciones alérgicas, paro cardio respiratorio, muerte. (**Anexo 12. Consentimiento informado procedimientos y transfusiones**).

- El 08 de octubre de 2012, ya al paciente Jarold Salinas se le había advertido los riesgos de shock, falla respiratoria, lesión neurológica y se declara satisfecho con la información del anestesiólogo, la cual considera clara, Completa y sencilla. (Anexo 13. Consentimiento Informado para Anestesia. Unidad de Cirugía).
- En lo referente a las junta de decisiones médico quirúrgicas, se encuentra que el 19-09-2012, siendo las 9 a.m. se presenta al paciente Salinas Montealegre Jarold y que luego de haber revisado y comentado su historia clínica, los resultados de medios diagnósticos y análisis se discuten las opciones terapéuticas propuestas y el equipo en consenso decide como mejor plan terapéutico: "secuelas de trauma craneoencefálico y de intubación oro traqueal prolongada con estenosis tráquea-laríngea 100%, traqueostomía hace un año. Se programa laringoplastia previa nasofibrolaringoscopia, firman Dr. Félix Becerra Camargo, Dr. Jorge Luis Alarcón Bretón, Dr. Uriel Cortes M. todos médicos especialistas en otorrinolaringología. (Anexo 14. Junta de Decisiones Médico Quirúrgicas).
- En segunda junta de decisiones médico quirúrgicas del 31-10-2012, paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a intubación oro traqueal prolongada por trauma craneoencefálico severo, se revisa historia y se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal termino terminal con prótesis de Montgomery a evaluar de forma intra quirúrgica. Se explica al paciente y la familiar conducta la cual entendió; firman Dr. Uriel Cortes M.; Dr. Félix Becerra Camargo, Dr. Jorge Luis Alarcón Bretón, todos médicos especialistas en otorrinolaringología. (Anexo 3. Junta de Decisiones Médico Quirúrgicas).

La obligación del médico, consiste en suministrar información razonable, clara, adecuada, suficiente o comprensible al paciente acerca de los tratamientos médicos y quirúrgicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Ética Médica (Ley 23 de 1981), así como en los artículos 9 al 13 del Decreto 3380 de 1981.

El aspecto ético del consentimiento informado se basa en el principio de respeto por la autonomía y la auto-determinación. El respeto por la autonomía del otro se basa en hacerle entender y que el otro esté de acuerdo con los estudios y procedimientos que se le van a hacer.

Doctrinal y jurisprudencialmente se ha considerado que el consentimiento informado es un proceso que incluye todos los siguientes pasos:

- ✓ Usted recibe información (u obtiene la información de alguna forma) sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento.
- ✓ Usted tiene la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas hasta que no tenga dudas.
- ✓ Usted ha tenido el tiempo (si se necesita) para discutir el plan con la familia o consejeros.
- ✓ Usted puede hacer uso de la información para tomar una decisión que usted considera que es lo mejor para su interés.
- ✓ Usted comparte esa decisión con su médico o el equipo de profesionales de la salud a cargo de su tratamiento.

Si estos pasos se han llevado a cabo y decide recibir el tratamiento o procedimiento, normalmente se le pide firmar un documento llamado *formato de consentimiento*. Una vez se completa y firma, el formato de consentimiento es un documento legal que le permite a su médico continuar con el plan de tratamiento.

Existen muchos mitos sobre el consentimiento informado. Se piensa que la firma del paciente es suficiente, que la misma nos protege contra juicios de mala praxis y que debe utilizarse el lenguaje médico. Nada de esto es realmente así. El paciente puede luego alegar que no entendió lo que firmó y la mayoría de los juicios comienzan con una mala relación médico paciente.

Con lo anterior queremos expresar que si bien uno de los 6 documentos que contienen la expresión libre, consciente y autónoma del paciente, se encuentra sin suscribir por este, no lo es menos que en el resto de ellos se dio la información adecuada, se pudo contrainterrogar, se explicaron los riesgos y beneficios, la familia (madre) intervino directamente al suscribir alguno de ellos, y se tuvo suficiente tiempo desde las consultas iniciales en el año 2012 hasta el año de su intervención, 2013, para sopesar la decisión.

Por las razones expuestas, bajo el entendido que solo es constitutiva de responsabilidad civil, en el campo médico, una mala praxis, ya sea por proceder en contravía de lo que el conocimiento científico y la experiencia indican o al dejar de actuar injustificadamente conforme a los parámetros preestablecidos, eso sí, siempre y cuando se estructuren los diferentes elementos de daño, culpa y nexo causal que contempla la ley, consideramos que para el caso presente no se estructuran los elementos constitutivos de la misma.

EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO.

- Ausencia de daño demostrado.
- Ausencia de Responsabilidad por parte de La Subred Integrada De Servicios De Salud Norte - Upss Simón Bolívar por Inexistencia del Nexo Causal entre un eventual, incierto o inexistente daño antijurídico y la atención médica oportuna, eficaz y eficiente dispensada al paciente.

PRUEBAS

- Anexo 1. Nasofibrolaringoscopia/27-09- 2012.
- Anexo 2. Hoja de Evolución. 08 de marzo de 2013.
- Anexo 3. Junta de Decisiones Médico Quirúrgicas. Oct. 03 de 2012.
- Anexo 4. Informe Quirúrgico Salas de Cirugía.
- Anexo 5. Evolución. 10-04-13.
- Anexo 6. Evolución. 15-04-13.
- Anexo 7. Historia Clínica de Urgencias.
- Anexo 8. Agenda del Servicio de Otorrinolaringología).
- Anexo 9. Concepto técnico científico. Dra. Diana Velásquez Rojas.
- Anexo 10. Consentimiento Informado para Anestesia /13-03-15).
- Anexo 11. Anestesia.
- Anexo 12. Consentimiento informado procedimientos y transfusiones.
- Anexo 13. Consentimiento Informado para Anestesia. U. Cirugía).
- Anexo 14. Junta de Decisiones Médico Quirúrgicas

- Dictamen Pericial. Solicitamos respetuosamente señor Juez, que dentro del presente proceso sea decretada PRUEBA PERICIAL para que, por parte de un Auxiliar de la Justicia (o por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal) se rinda dictamen, con base en la historia clínica, sobre la atención médica brindada en el Hospital de Suba.

ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de PRUEBAS DOCUMENTALES
- Poder conferido para actuar.
- Acta de nombramiento y posesión de la Representante Legal de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE - UPSS SIMON BOLIVAR, Dra. YIDNEY ISABEL GARCÍA RODRÍGUEZ.

NOTIFICACIONES

Las recibiré en la Secretaria de su Despacho o en la sede administrativa ubicada en la Calle 66 No. 15 - 41, Unidad de Prestación de Servicios de Chapinero. Igualmente las podré recibir al correo electrónico juridica@subrednorte.gov.co

Del Señor Juez,



CARLOS H. AGÓN LLANOS

C.C. 91.424.551

T.P. N° 76.920 CSJ.

Anexo lo anunciado en 36 folios.

ANEXO 1.

100

 HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE III NIVEL	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	Página: 1 de 1
	OTORRINOLARINGOLOGIA	Versión: 1

OTORRINOLARINGOLOGIA

27 SEP 2012

FECHA: _____ HORA: _____ HISTORIA CLINICA: 1072304

NOMBRE: Salinas Montealegre Jaradil Arvey

EDAD: 20.

RESULTADO :

NARIZ: Cometas eutroficas, toros tubarico libre, se evidencia masa a nivel de techo de rinofaringe no obstructiva, limitada, heterogénea de 1x1.5cm, receso faringeo libre, paladar móvil simétrico, cierre esfinteriano completo.

CAVUM FARINGERO:

Vallecula libre, base de lengua libre, epiglottis móvil, aritenoides móviles, se evidencia estenosis subglotica del 100%.

Se ingresa por traqueostoma evidenciando

LARINGE:

Mucosa traqueal eritematosa, secreción purulenta, lesiones granulomatosas en pared.

BIOPSIA :

- I.DX: 1. Estenosis subglotica II
2. Traqueitis.

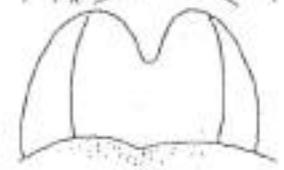
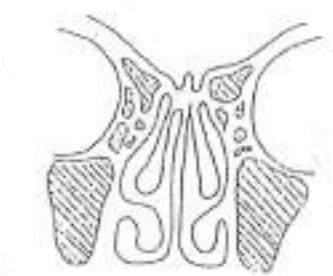
Plan: 1. Laringoplastia - inserción de

REALIZO: molde laringeo.

R.M.

2. Manejo con ciprofloxacina por 10 días

3. Valoración prequirúrgica



HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE
 Dr. Félix Becerra Comargo
 Otorrinolaringólogo
 RAM 22271-01-12-008

ANEXO 9.

Archivos formateados 12

 HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. III NIVEL	JUNTA DE DECISIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS	Página: 1 de 2
	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Código: FO-300-000
		Version: 0
		Hcl 1072304

SERVICIO SOLICITANTE ORL

Fecha: Octubre 31 2012

Historia N° (Documento de Identidad) 1030601348

Paciente: José Salinas Edad: 20

Siendo las 08:00 horas se presenta en Junta Médica al paciente en mención, hospitalizado en la cama _____

Luego de haber revisado y comentado su Historia Clínica, resultados de medios diagnósticos y análisis, se discuten las opciones terapéuticas propuestas y el equipo en consenso decide como mejor plan terapéutico para el paciente y/o estudio complementario para el paciente:

Handwritten notes:
 Paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a TET paludosa por TBE crónico, se revisa historia y se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery a evaluar de forma intraquirúrgica se explica al paciente y la familia conduciendo a la decisión que se expondrá con el paciente y familiares informando la naturaleza, riesgo y pronóstico de la enfermedad así como la necesidad del tratamiento (s) propuesto (s).
 (Caudal 270) (EVEE)

Quienes participan en la junta:

ORIEL CORTES M.
 Otorrinolaringólogo
 R.M. 18055
 Nombre y registro médico

José Luis Alarcón Bretón
 Otorrinolaringólogo
 R.M. 33751A
 Nombre y registro médico

 Nombre y registro médico

 HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
 E. S. E.
 Dr. Félix Becerra Camargo
 Otorrinolaringólogo
 R.M. 7227149 / 3408
 Nombre y registro médico

 Nombre y registro médico

 Nombre y registro médico

107. 107032 020 1879
 TBE 422018 C. E. G.



ALCALDÍA MAJOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Hospital Simón Bolívar

INFORME QUIRURGICO

SALAS DE CIRUGIA

Página: 1 de 2

Código: FO-324-011

Versión: 5

1er. Apellido	2do. Apellido	Nombre	Edad	Sexo	Identificación:
Salinas	Montalegre	Jarold	21	M	N° 1030601348

Servicio	Especialidad	Sala N°	Cama	Cirujano	Fecha
ORL				Dr. Becerra	02/04/13

1er. Ayudante	2do. Ayudante	Anestesiólogo	Tipo de Anestesia
Dra Vargas		Dr Mesa	General

Código del procedimiento	Descripción del procedimiento	Ámbito de realización del procedimiento (1*)	Finalidad del procedimiento (2*)	Código del diagnóstico principal	Descripción del diagnóstico principal
317501	Reconstrucción laringotraqueal T-T.	2	1 2	J455	Estenosis laringotraqueal
		2	1 2		
		2	1 2		

Código del diagnóstico relacionado	Descripción del diagnóstico relacionado	Código de la complicación (si la hubo)

Forma de realización del acto quirúrgico

<input checked="" type="checkbox"/> Único o unilateral	4 Múltiple o bilateral, misma vía, diferente especialidad
<input type="checkbox"/> Múltiple o bilateral, misma vía	5 Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad
<input type="checkbox"/> Múltiple o bilateral, diferente vía, igual especialidad	

Tipo de Herida Quirúrgica: Limpia Contaminada Sucia Limpia Contaminada

DIAGNÓSTICO

E-OPERATORIO	Estenosis laringotraqueal
JT-OPERATORIO	Estenosis laringotraqueal

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA Y PROCEDIMIENTOS

Bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, intubación por estoma con TOT 7,5, incisión horizontal de estenocleidomastoideo a estenocleidomastoideo con bisturí fino, disección por planos alrededor del estoma, disección de músculos del strap, disección y corte del hoides en porción central +1-5cm, liberación del mismo, incisión y disección vertical prehioidea, se identifican estructuras, se inicia talla

(*) 2 Hospitalización	(2*) 1 Diagnóstico	2 Terapéutico
-----------------------	--------------------	---------------

EXO

138



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Hospital Simón Bolívar

INFORME QUIRÚRGICO

Página: 2 de 2

Código: FO-324-011

Versión: 5

SALAS DE CIRUGIA

1er. Apellido Salinas	2do. Apellido Montenegro	Nombre Jardd	Edad 21	Sexo M F	Identificación: <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> D Nº 1030601348
---------------------------------	------------------------------------	------------------------	-------------------	--------------------	---

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES

de colgajos peritrapeales, sin evidenciar continuidad laringotraqueal, por lo cual se decide resección y anastomosis T-T, disecando 2º, 3º y 4º anillos traqueales, y separación íntegra del esófago, se inicia reparo de cabos de posterior a anterior #8 PDS 2-0, paso de TDT No 8 en conjunto con anes tesología, se inicia afrontamiento de las suturas de posterior a anterior hasta lograr el cierre. Se verificó hemostasia, se coloca dren doble en el lecho, surcido frías bilaterales, cierre de plano muscular con vicryl 3-0, plano fascial con prolene 3-0 y piel con prolene 3-0 puntos separados.

Hallazgos: Disrupción laringotraqueal y traquea fragmentada y fibótica.

COMPLICACIONES **No**

FIRMA - SELLO CIRUJANO
 Dr. Félix Becerra C. (M.D.)
 Cirujano General
 R.M. 722714913408

TEJIDOS ENVIADOS A PATOLOGÍA

Anexo 4.

15/09

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Sanón Bolívar	EVOLUCION		Página: 1 de 2
	SUBGERENCIA CIENTIFICA		Código: FO-300-008
			Versión: 3

1er. APELLIDO <i>Silva</i>	2do. APELLIDO <i>Montenegro</i>	NOMBRES <i>Jairald.</i>
SERVICIO <i>ORL</i>	CAMA	IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUP MS AS D. Nº <i>1030601348</i>

FECHA	HORA	IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico
02/04/13	18:00	<p><u>Nota operatoria</u></p> <p><u>bx pre</u>: estenosis laríngea + traqueostomía</p> <p><u>bx post</u>: idem + descartamiento laríngeo-traqueal previo.</p> <p><u>procedimiento</u>: reconstrucción laríngea.</p> <p><u>anestesista</u>: Felix Becerra.</p> <p><u>ayudante</u>: Melissa Vargas.</p> <p><u>hallazgos</u>: subglotis y traquea con polifragmentación de cartilagos + abundante tejido cicatricial</p> <p><u>complicaciones</u>: NO apto para laríngea pastosa convencional. se realiza reconstrucción tenno tenal que requiere UCI</p> <p><u>plan</u>: ① flexión cervical pasivamente ② cefalotomía 2y 10 UCIh ③ sedación profunda ④ pirimidina 2y 10 UCIh ⑤ coartificación dnel ⑥ SS1: Rx torax ⑦ IC UCI</p>

Hospital Sanón Bolívar
 E.S.E.
 Dr. Félix Becerra Cárdenas
 Otorrinolaringólogo
 RM 12274913408

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncia

"En frecuencia con la vida"

BOGOTÁ
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Anexo 5.

160



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Hospital Simón Bolívar

EVOLUCION

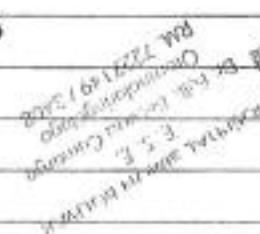
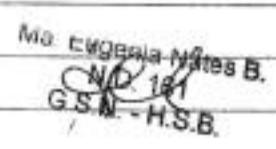
Página: 1 de 2

Código: FO-300-006

SUBGERENCIA CIENTIFICA

Versión: 3

1er. APELLIDO Salinas	2do. APELLIDO	NOMBRES Loreald
SERVICIO ORL - VCI	CAMA	IDENTIFICACIÓN C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D Nº 1030601348

FECHA	HORA	IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico
		ORL - PROCEDIMIENTO.
10/04	13	Bajo visión directa NEL estatus, se realiza revisión de ambas omeas se observa posición de tubo a 5cm de la punta, secreción escasa, mucosa oral íntegra.
10/04		Se realiza tubo de ne Rujin con tubo de aspiración. Rafe íntegro. Esopago. Real taponel íntegro
		Exp: Estubacion exitosa Sat. 96%. Sin SDR. MNB oral Real. MNB cava prohibido estubacion Nea valem en 2 horas.
		 
10/4/13	1110	Nota GSN
		Paciente con adecuada evolución con estubacion exitosa se espera evolución para definir inicio via oral.
		

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin identificación - AS Adulto sin identificación - D Denuncia



"En frecuencia con la vida"

Anexo 6.

267
25
6

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar	EVOLUCION	Página: 2 de 2
	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Código: FO-300-
		Versión: 3

1er. APELLIDO Salinas	2do. APELLIDO Montenegro	NOMBRES Josold																																								
SERVICIO CIGA	CAMA 301	IDENTIFICACIÓN <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C.C.</td> <td>T.I.</td> <td>PA.</td> <td>C.E.</td> <td>R.C.</td> <td>M.I.P.</td> <td>MS</td> <td>AS</td> <td>D</td> <td colspan="11"></td> </tr> </table> Nº. 1030601348	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C.C.	T.I.	PA.	C.E.	R.C.	M.I.P.	MS	AS	D																													
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
C.C.	T.I.	PA.	C.E.	R.C.	M.I.P.	MS	AS	D																																		

FECHA	HORA	IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico
15/04/13	6:20	<p>ORL</p> <p>Paciente con Dx: ① POP Laringotraqueoplastia (D13) ② Resto anatómico.</p> <p>Paciente actualmente despierto, niega disnea, tolera la vía oral, no picos febriles. Buenas condiciones generales, eufórico, cuello con apéndice seco cubriendo herida quirúrgica que se encuentra sin edema, eritema o secreción, no enfisema subcutáneo en cuello o pared anterior del tórax, fonación espontánea y adecuada. Resto del E.E. normal.</p> <p>Paciente con evolución satisfactoria, no signos de dificultad respiratoria o SPUS. Plan: Continúa manejo instaurado Nasofibrolaringoscopia control</p>
15/04/13	10:15	<p>Otorrinolaringología</p> <p>Paciente con dx de Pop de laringoplastia día 13, a quien se le realizó fibronasolaringoscopia que muestra rafia traqueal en buen estado y adecuada movilidad de cuerdas vocales, buen espacio en arco de subglotis, no escape, no "suburas expuestas". P.e. adecuada, evolución clínica se decide egreso con ① cita control en 5 días (viernes 19 de Abril 2013) ② Fórmula médica elindamicina y deflazacort ③ Recomendaciones generales ④ Signos de alarma.</p>

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
 Dr. Félix Derrama Camargo
 Otorrinolaringólogo
 C.C. 7227148 / 3408

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
 E.S.E.
 Dr. Félix Derrama Camargo
 Otorrinolaringólogo
 C.C. 7227148 / 3408

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
 NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio

"En frecuencia con la vida"

BOG
 GOBIERNO DE LA CIUDAD

ANEXO 7.

procedimientos

2362

 Hospital Simón Bolívar	FORMATO DE PRIORIZACION TRIAGE	Código: URG-FO 002	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar
	URGENCIAS	Versión: 7	

PRIORIDAD I II III IV
 FECHA: 10 MAYO 2013 HORA INGRESO: 11:15 HORA SALIDA: 11:20
 NOMBRE: Jarold Arvell Salinas Montealegre EDAD: 21
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D N° 1030601348

RÉGIMEN	EMPRESA
Contributivo <input type="checkbox"/>	
Subsidiado <input type="checkbox"/>	
Sin Afiliación <input type="checkbox"/>	

MOTIVO DE CONSULTA paciente traído a móvil - 5196 desde punto del hospital y cuando clínicamente se dificultaba la respiración, desde la mañana de hoy.
hace 5 días con dolor de ft. derecho y cuando similar reactivos tipo respiración

GLUCOMETRIA
 GLASGOW OCULAR 4 MOTORA 6 VERBAL 5 / 15
 ALERTA OBNUBILACIÓN ESTUPOR COMA
SIGNOS VITALES SAT O2 96% 102-201 FR 20x1
 PA 120/70 FC 84 T° 36.5 PULSO: REGULAR IRREGULAR

ANTECEDENTES RELEVANTES paciente con Dx - hipertensión, hipertensión hace 2 años

FIRMA DEL MÉDICO Y/O ENFERMERA Dr. Ma. D. Guzmán Q. Médico Cirujano E.M. 8-508 402
Estenosis aórtica 2 - consecuencia de hipertensión
abrir me.

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
 NUIP Número Único de Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio

Anexo F

HISTORIA CLINICA URGENCIAS

Página: 1 de 2

Código: FO-360-001

Versión: 4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

Hospital Simón Bolívar

URGENCIAS

PRIMER APELLIDO Satinos	SEGUNDO APELLIDO Montecalgre	NOMBRE Jord Arbey	IDENTIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> D Nº 1030601348
EDAD Años Meses 21 años	Días	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA de INGRESO Día 10 MES May AÑO 13 HORA 11:40

INFORMACIÓN PREHOSPITALARIA (HORA de TRAUMA, TRANSPORTE, INGESTA de ALCOHOL)

Movil: 51296

INSTITUCIÓN REMITENTE

MÉDICO REMITENTE

MÉDICO CONFIRMANTE

MOTIVO de CONSULTA "traslado primario"
 ENFERMEDAD ACTUAL Paciente traído en ambulancia por cuadro clínico de 10 días de evolución consistente en disnea de medianos esfuerzos, asociado a cianosis el día de hoy. Motivo por el cual consulta. Refiere que hace 8 días estuvo hospitalizado en H. de Kennedy por cuadro similar manejado con terapia respiratoria.

MECANISMO de LESIÓN

HACP <input type="checkbox"/>	HPAF <input type="checkbox"/>	Carga Única <input type="checkbox"/>	Carga Múltiple <input type="checkbox"/>	Neumática <input type="checkbox"/>
QUEMADURA <input type="checkbox"/>	Líquido Hirviendo <input type="checkbox"/>	Gasolina <input type="checkbox"/>	Llama <input type="checkbox"/>	Químicos <input type="checkbox"/>
INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/>	Accidental <input type="checkbox"/>	Dolosa <input type="checkbox"/>	Autoinfligida <input type="checkbox"/>	
CONTUNDENTE <input type="checkbox"/>		MOTOCICLETA <input checked="" type="checkbox"/>		Casco <input type="checkbox"/>
VEHÍCULO AUTOMOTOR <input type="checkbox"/>	Conductor <input type="checkbox"/>	Pasajero <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>	Cinturón <input type="checkbox"/>
CAIDA de ALTURA <input type="checkbox"/>	Metros		ONDAS EXPLOSIVAS <input type="checkbox"/>	
OTROS (CUAL?) <input type="checkbox"/>				

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES Patológicos: Niega - TCE severo hace 2 años. Dx: Traqueostomía - Craneotomía. Hx: Durante 18 meses. Alergias: (-) → Pate con siewela de TCE: Sx convulsivo en manejo con Fenitoina. - cierre traqueostomía 2/Abda

REVISIÓN por SISTEMAS Diuresis (+), espontánea. Disfonía desde el día de ayer. Fármacos: Bedornetasa: 2 ppc/12h

SIGNOS VITALES	Tensión Arterial 120/70	EXAMEN FÍSICO	Pulso 84	min SatO ₂ 96%	Respiraciones 20 min.
Peso	Talla	Perímetro Cefálico		FiO ₂ 28%	Hora Última Comida

Se observa depresión en hemisferio izquierdo. Conjuntivas hemorrágicas mucosa oral húmeda. Cardiopulmo-
 tar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos. Mamulo vesícula presente, con disminución de los ruidos respiratorios. No se ausculta ruidos agregados. Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación profunda. Ex hemorroides: Ectópicas, sin edemas, sin cianosis distal. Neuro: Alerta, consciente, sin focalizaciones. No Signos meníngeos.

ANEXO 7.

169 7

 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar	HISTORIA CLINICA URGENCIAS	Página: 2 de 2
	URGENCIAS	Código: FO-360-001
		Versión: 4

PRIMER APELLIDO <i>Salazar</i>	SEGUNDO APELLIDO <i>Montenegro</i>	NOMBRE <i>Juan Carlos</i>	IDENTIFICACIÓN C.C. TL PA C.E. R.C. WUP MS AS D Nº <i>1036601348</i>
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	--

INDICES de TRAUMA - Escala de Coma de Glasgow

APERTURA OCULAR	Espontánea 4	A la voz 3	Al dolor 2	Ausente 1
RESPUESTA MOTORA	Obedece Órdenes 6	Flexión anómala o Decorticación 3	Localiza el Dolor 5	Extensión o Descoheración 2
RESPUESTA VERBAL	Orientación 5	Confuso 4	Inapropiado 3	Sonidos Incomprensibles 2
Niños < 3 años	Balbucea Palabras 5	Irritable 4	Libre al Dolor 3	Gemido al Dolor 2
Total R.T.S.	<i>2/12</i>		Total Escala de Coma de Glasgow	<i>15/14</i>

A. VÍA AÉREA

Cuello: Limitación Funcional Dolor Crepitación Signos de Trauma

Vía Aéreas: Permeable Obstruida Obstruida por: _____

Tráquea Línea Medía: SI NO

B. RESPIRACIÓN

Resonancia: Normal Anormal

Humedad: Seca Húmeda

C. CIRCULACIÓN

Piel: Rosada Pálida Cianótica Siteo _____

Pulso: Normales Disminuidos Ausentes Frio

Temperatura Piel: Normal Caliente

Tensión Arterial: _____ Frecuencia Cardíaca: _____

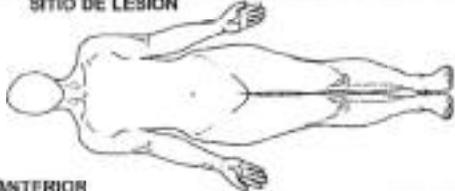
D. DÉFICIT NEUROLÓGICO

Estado de Conciencia: Reacción Pupilar: SI No Diámetro: _____ Ojo Der: _____ Izq: _____

Reflejos de Talo Cerebral: Alerta Somnolenta Estupor Coma Decorticación Descerebración Flacidez

SITIO DE LESIÓN

1. Laceración	8. H PAF OS
2. Contusión	9. Herida
3. Edema	10. Dolor
4. Hematoma	11. Fx. Abierta
5. Deformidad	12. Avulsión
6. HACP	13. Amputación
7. HPAF OE	




IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

1. *E. torácico. Torpidez*

2. _____

CONDUCTA INICIAL

Procedimientos

- O₂ por CN - SSN a 80ml/h
- MNB con dexametasona
- CSU-AC - ICA a CX General
- SS/Px torax

Nombre Médico: *Dr. A. B. C.* Registro: _____ Firma: _____

INTERCONSULTAS

ESPECIALIDAD: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUCTA: _____

INTERPRETACIÓN de AYUDAS Dx: _____

Nombre Médico: _____ Registro: _____ Firma: _____

ESPECIALIDAD: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUCTA: _____

INTERPRETACIÓN de AYUDAS Dx: _____

Nombre Médico: _____ Registro: _____ Firma: _____

Anexo 7

7/165

 HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE III NIVEL	SOLICITUD Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA	Página: 1 de 2
	SUBGERENCIA CIENTIFICA	Código: FO-300-013 Versión: 3

SOLICITUD

Fecha: 10/05/13 Hora: 14:59 Cama N° 32urg
 Paciente (Nombre y Apellidos) David Salinas Montenegro Edad: 21 años
 Identificación: C.C. T.I. P.A. C.E. R.C. N.U.I.P. M.S. A.S. D. N° 1030601348 Servicio Tratante: urgencias

Tipo de Solicitud y tiempo de respuesta requerido: (Marcar con X)

Procedimiento	<input type="checkbox"/>
Sugerencia Diagnóstica o Terapéutica	<input checked="" type="checkbox"/>
Manejo Compartido	<input type="checkbox"/>
Cambio de Servicio Tratante	<input type="checkbox"/>

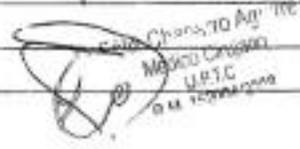
HORAS	PRIORIDAD
Máximo 2	URGENTE <input type="checkbox"/>
Máximo 6	PRIORITARIO <input checked="" type="checkbox"/>
Máximo 24	DIFERIBLE (Especialidad Presencial) <input type="checkbox"/>
Máximo 72	DIFERIBLE (Especialidad Disponible) <input type="checkbox"/>

Diagnóstico 1. Estenosis traqueal

Resumen: Paciente que ingresa por cuadro clínico de 10 días de evolución de disnea a medianas esfuerzos; el día de hoy se encuentra sintiéndose mejor por el cual ingresa SatO₂: 95% al ambiente.

Servicio Interconsultado: Otorrinolaringología
 Motivo o Justificación de la Interconsulta: Valoración y concepto

Firma y Sello del Interconsultante


 Chans TO Ag. ITC
 Médico Cirujano
 U.P.C.
 O.R. 1030601348

RESPUESTA

Fecha: 10/05/13 Hora: 3:00 pm Servicio: fiO₂ 21% SO₂ 93%

Paciente con antecedente de laringotraqueoplasia hace 1 mes y 1 semana, con cuadro de 2 semanas de evolución consistente en escurrimiento posterior y dificultad para expectorar, niega tos, disnea de esfuerzos o en reposo, niega ortopnea, fiebre, rinitis o dolor facial, niega disfagia u odinofagia.
Al estar bien estado general, NO signos de dificultad

CONTINUAR AL REVERSO SI ES NECESARIO

Cuando en el transcurso de la interconsulta se hayan realizado procedimientos especiales o quirúrgicos el servicio interconsultado debe dejar un Resumen Historia Clínica, esta no será necesaria para el manejo médico convencional.
 El Servicio Tratante continua siendolo hasta tanto no reciba por escrito la aceptación del Cambio de Servicio por parte de la otra especialidad. En caso de cierre de la Interconsulta, la Epicrisis queda a cargo del Servicio Tratante.

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA
 C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - P.A. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
 NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncia

"Humanización y Calidad a tu Servicio"

24.

ANEXO 7

266

 HOSPITAL SIMON BOLIVAR ESE III NIVEL	SOLICITUD Y RESPUESTA DE INTERCONSULTA	Página: 2 de 2 Código: FO-300- Versión: 3
	SUBGERENCIA CIENTIFICA	

Fecha: _____ Hora: _____ Cama N° _____

Paciente (Nombre y Apellidos) _____ Edad: _____

Identificación: C.C. TI. PA. C.E. R.C. NUP MS AS D N° _____ Servicio Tratante: _____

Diagnósticos posteriores: _____

Ricardo Obando
 Otorrinolaringólogo
 NIM 10430722

Firma y sello del médico interconsultado: *respiratoria, no estidor laríngeo, disfonía leve. Se realiza nasofibrolaringoscopia en la que se evidencia escurrimiento posterior escaso y blanquecino en nasofaringe, a nivel de laringe eritema glótico y supraglótico, con hipertrofia de bandas ventriculares, edema en aritenoides, NO se observan lesiones estenóticas, secreción mucosa blanquecina escasa en comisura anterior.*

- Di: ① Laringitis aguda
 ② POP Laringotraqueoplastia.*

Paciente sin signos de compromiso sistémico y sin dificultad respiratoria. Se sugiere realización de hemograma y PCR y continuar con micronebulizaciones con adrenalina. Se inició omeprozol en cápsulas para evitar RGE.

⊕ Revalorar por Co general. Se da cita consulta externa ORL.

Ricardo Obando
 Otorrinolaringólogo
 NIM 10430722

Firma y sello del médico interconsultado: _____

Quando en el transcurso de la interconsulta se hayan realizado procedimientos especiales o quirúrgicos el servicio interconsultado debe dejar un Resumen Historia Clínica, esta no será necesaria para el manejo médico convencional.
 El Servicio Tratante continúa siendo hasta tanto no reciba por escrito la aceptación del Cambio de Servicio por parte de la otra especialidad. En caso de cierre de la interconsulta, la Epicrisis queda a cargo del Servicio Tratante.

C.C. Cédula de Ciudadanía - TI, Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
 NUP Número Único identificación Personal - MS Menor sin identificación - AS Adulto sin identificación - D Denuncio

"Humanización y Calidad a tu Servicio"

AL

Anexo 8

Zimbra:

subservicios02@subrednorte.gov.co

Fwd: AGENDA DE ACTIVIDADES SERVICIO DE OTORRINO EN EL 2013

De : Nancy Tabares <nstabares@yahoo.com.mx> jue, 09 de nov de 2017 11:12

Asunto : Fwd: AGENDA DE ACTIVIDADES SERVICIO DE OTORRINO EN EL 2013 1 ficheros adjuntos

Para : subservicios02@subrednorte.gov.co

Porfa imprimir y me

Lo trae

Enviado desde mi iPhone

Inicio del mensaje reenviado:

De: Liliana Vargas Wendéus <g.hospitalizacionsubrednorte@gmail.com>

Fecha: 9 de noviembre de 2017, 9:36:32 a. m. COT

Para: subservicios@subrednorte.gov.co

Asunto: AGENDA DE ACTIVIDADES SERVICIO DE OTORRINO EN EL 2013

Lo solicitado

Liliana

— **AGENDA 2013.xls**

31 KB

23.

HOSPITAL SIMON BOLIVAR
SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGIA
AGENDA

2013

HORA	LUNES				MARTES			MIERCOLES				JUEVES			VIERNES				
MEDICO	DR. ALARCON	DR. BECERRA	DR. IZQUIERDA	DR. CORTEZ	DR. ALARCON	DR. BECERRA	DR. CORTEZ	DR. ALARCON	DR. BECERRA	DR. IZQUIERDA	DR. CORTEZ	DR. BECERRA	DR. OSORIO	DR. PEREZ	DR. ALARCON	DR. BECERRA	DR. ANGEL	DR. CORTEZ	
06:00	REV	EVOL			EVOL	REV		SER	SER	SER	SER	REV							
07:00	CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS		JTA Q	JTA Q	JTA Q	JTA Q	CONS	CONS	CIR	CIR			CIR	
08:00	CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS		CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS	CIR	CIR			CIR	
09:00	CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS		CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS	CIR	CIR			CIR	
10:00	CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS		CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS	CIR	CIR			CIR	
11:00	CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS		CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CONS	CIR	CIR			CONS	
12:00	POP	CONS	POP	CONS		PROC		CONS	CONS	CIR	CIR	CONS	CIR	CONS	CIR			CONS	POP
13:00	PROC	CIR	POP	CONS	CONS	CIR	URG	CONS		CONS	CIR		CIR	CONS	URG			CONS	URG
14:00	PROC	CIR		CONS	CONS	CIR	CONS	URG		CONS	CIR		CIR	CONS	PROC			CONS	PROC
15:00		CIR		CONS	CONS	CIR	CONS			CONS	CIR		URG	URG					CONS
16:00		CIR		CONS	CONS	CIR	CONS			CONS	CIR								CONS
17:00		CIR		CONS	CONS	CIR	CONS			CONS	CIR								CONS
18:00		CIR		PROC	PROC	CIR	ADM			CONS	CIR								PROC
19:00				URG		URG	ADM			POP	URG								URG

CIR: CIRUGIA

PROC: PROCEDIMIENTOS

EVOL: EVOLUCION

POP: POSOPERATORIOS

ADM: ADMINISTRACION

JTA Q

JUNTA QUIRURGICA

CLIN

REV: EVOLUCION PTES HOSPITALIZADOS

SER

REUNION DEL SERVICIO

DISPONIBILIDAD FINES DE SEMANA TEL: 3102465315

Anexo 8.

84.

168

Bogotá D. C., 04 de octubre de 2017

Doctor

Carlos Humberto Agón Llanos

Oficina Asesora Jurídica

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Ciudad

ASUNTO: Exp. 2015-538 Yency Viviana Rojas Ibañez por
Harold Arvey Salinas Montealegre.

Respetado Doctor:

Cordial saludo. Respetuosamente me permito emitir concepto sobre la situación presentada en la atención del señor HARODL ARVEY SALINAS MONTEALEGRE (QEPD) identificado con CC N° 1.030.601.348, en hechos ocurridos desde abril de 2013, en el entonces Hospital Simón Bolívar Nivel III ESE:

El 02-04-2013 el paciente Harold Arvey Salinas Montealegre, es sometido a procedimiento quirúrgico en el Hospital Simón Bolívar donde se le practica reconstrucción laringo traqueal por parte de doctor Félix Becerra Camargo (médico especialista en otorrinolaringología), en la descripción quirúrgica se evidencia: Dx pre y post operatorio Estenosis laringo traqueal, "...se identifican estructuras, se inicia talla de colgajos peri traqueales, sin evidenciar continuidad laringo traqueal por lo cual se decide resección y anastomosis termino terminal, disecando 2, 3, 4 anillos traqueales y separación indemne del esófago..., se inicia afrontamiento de las suturas de posterior a anterior hasta lograr el cierre. Se verifica hemostasia... Hallazgos: Descripción laringo traqueal, tráquea fragmentada y fibrótica; por lo anteriormente descrito, el Dr. Félix Becerra decide no colocar la prótesis de Montgomery". El abogado insiste de manera repetitiva que no fue utilizada la prótesis de Montgomery, debido a que en Junta médico quirúrgica de otorrinolaringología realizada el día 28 de junio de 2012 en el Hospital El Tunal se le diagnóstico al paciente Estenosis subglótica Cotton 4 y decidieron realizar laringoplastia con stem de Montgomery.

En nueva junta médico quirúrgica del servicio de otorrino laringología, realizada en el Hospital Simón Bolívar con fecha del 31-10-2012, se evidencia en soporte de historia clínica: "Paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a tubo oro

traqueal prolongado por TCE severo, (se revisa soporte correspondiente en historia clínica), se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery a evaluar de forma intraoperatoria, se explica a paciente y la familiar conducta la cual entiende". Firman Dr. Uriel Cortes M., Dr. Félix Becerra Camargo; Jorge Luis Alarcón B., todos médicos especialista en ORL; como se puede evidenciar la prótesis de Montgomery era una posibilidad de tratamiento en el paciente pero dados los hallazgos intraoperatorios, el Dr. Becerra decide realizar reconstrucción laringo traqueal término terminal, lo cual era lo más acertado para el paciente dados los hallazgos intraoperatorios, el entrenamiento y la experticia del Dr. Becerra en este tipo de casos. Debe aclararse que durante una junta quirúrgica, el grupo de expertos que se reúne para determinar la conducta más a apropiada a seguir con un paciente, lo que se proponen en esta, es una conducta lo más cercana a la realidad de acuerdo a los estudios previos y la sintomatología que presente el paciente; y es en el momento de la realización del procedimiento quirúrgico donde se valida si esta decisión fue la más acertada o si la misma debe replantearse de acuerdo a lo encontrado por el cirujano, dependiendo adicionalmente del entrenamiento y de la experticia de este.

Durante la recuperación pos operatoria del paciente, se realizaron dos procedimientos endoscópicos por parte del servicio de otorrinolaringología que evidenciaron evolución satisfactoria sin signos de re estenosis en el área quirúrgica y dada la adecuada evolución del paciente, el mismo es dado de alta el día 15-04-2013 (10+15) con el siguiente plan de manejo: "1. Cita control en cinco días (viernes 19-04-2013), 2. Fórmula médica clindamicina y deflazacort, 3. Recomendaciones generales, 4. Signos de alarma; firma Dr. Félix Becerra Camargo.

De acuerdo a lo consignado en la HC, se evidencia que el día 19-04-2013 (10+10), el paciente asiste a control posoperatorio, como fue ordenado por el Dr. Félix Becerra en valoración del día 15-04-2013 (10+15); en dicho control paciente niega dificultad respiratoria, tos ocasional, tolera la vía oral. Al examen físico rinoscopia evidencia desviación del tabique nasal hacia la derecha lo cual obstruye parcialmente. Conducta cita control con ORL en 15 días con resultados, beclometasona amp IM. Firma Dr. Félix Becerra Camargo.

En la historia clínica del paciente, no se evidencia ningún otro registro correspondiente a controles relacionados con el pos operatorio, a pesar que el médico tratante, dio orden de control a los 15 días; se desconoce el o los motivos

por los cuales el paciente no asistió a los mismos y soporta que lo manifestado por la familia del paciente no es cierto al afirmar que el paciente fue abandonado a su suerte.

El paciente consulta al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar el 10 de mayo de 2013 "por cuadro clínico dado por dificultad respiratoria desde la mañana de hoy". Se realiza solicitud de interconsulta al servicio de otorrinolaringología por tratarse de un paciente que consulta por cuadro de 10 días de evolución de disnea de medianos esfuerzos, el día de hoy se encuentra cianótico motivo por el cual ingresa, saturación de oxígeno del 95% al ambiente. Valorado por el médico especialista en otorrinolaringología que se encontraba de turno quien anota en historia clínica, examen físico "buen estado general, no signos de dificultad respiratoria, no estridor laríngeo, disfonía leve". Realiza nasofibrilaringoscopia en la que se evidencia "escurrimiento posterior escaso y blanquecino en nasofaringe, a nivel de laringe eritema glótico y supra glótico con hipertrofia de bandas ventriculares, edema de aritenoides, no se observan lesiones estenóticas, secreción mucosa blanquecina escasa en comisura anterior". Idx: Laringitis aguda, POP laringoplastia, paciente sin signos de compromiso sistémico y sin dificultad respiratoria. Se sugiere realización de hemograma, PCR y continuar con nebulizaciones con adrenalina. Se inicia omeprazol en cápsulas para evitar RGE, pendiente revalorar por cirugía general. Se da cita consulta externa ORL". Interconsulta de manera adicional al servicio de cirugía general quien anota "consulta por disnea asociado a disfonía en el momento no se evidencia al examen signos de dificultad respiratoria, ni inestabilidad hemodinámica por lo que se decide retirar oxígeno y dejar en observación, se esperará para clínicos y se evaluará nuevamente. Idx: Síndrome de dificultad respiratoria, POP tardío de retiro de traqueostomía, síndrome convulsivo secundario a TCE. Plan retiro de oxígeno y se valorará con resultados". Paciente revalorado por el servicio de cirugía: "Paciente en el momento hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, saturación de oxígeno FIO21% 92%, sin disfonía o cambios en la fonación, sin dificultad para la deglución. Fue valorado por otorrinolaringología quienes consideran paciente cursa con laringitis aguda sin compromiso sistémico además solicitan cita por consulta externa para nueva valoración. Se le explica al paciente signos de alarma, se dan recomendaciones y se da salida Firma Dr. Fernando Aguirre (cirugía general) y Cindy Patricia Rueda (residente cirugía general)".

En entrevista sostenida con el Dr. Félix Becerra (médico especializado en otorrinolaringología) es mismo refiere "que la decisión quirúrgica tomada fue adecuada, pertinente y correcta de acuerdo con los hallazgos intraquirúrgicos de

las lesiones que tenía este tipo de tráquea, esto está escrito y avalado por los comités de cirugía de tórax y cirugía de vía aérea; estas decisiones se toman de acuerdo con los hallazgos intraquirúrgicos y por lo tanto no hay ningún tipo de error. Una de las complicaciones que se presentan en este tipo de intervenciones es la ruptura de la tráquea o que la misma se suelte intraoperatoriamente pero esto no ocurrió. Al paciente se le realizó un adecuado seguimiento pos operatorio y en los registros de la historia clínica se evidencian todas las evoluciones realizadas por el servicio de otorrinolaringología durante su estancia en la institución; adicionalmente, se le realizaron procedimientos endoscópicos para verificar el estado de la rafia a nivel traqueal la cual se encontraba correctamente unida y en proceso de cicatrización. Existe un riesgo que los pacientes asumen, que es la re estenosis de la tráquea, la cual se puede presentar a la semana o dos semanas de realización del procedimiento quirúrgico y al mes de operado se presume que se presentó una re estenosis tardía en el sitio de la cicatriz, lo anterior es un proceso inherente de la cicatrización traqueal; hoy por hoy la cirugía que se le realizó al paciente reconstrucción laringo traqueal término terminal, es el mejor tratamiento que existe para este tipo de patologías por lo cual el uso del sten (prótesis de Montgomery) no era posible en este caso, adicionalmente es necesario que los pacientes asistan a los controles médicos ambulatorios para poder monitorear la aparición de re estenosis. Cabe aclarar que la asignación de citas de los posoperatorios no es competencia del médico tratante sino de área de citas médicas; en la historia clínica del paciente no hay evidencia de registro de asistencia por parte de este a los controles médicos ambulatorios, salvo el del día 19-04-2013. En la historia es claro que el paciente acude al servicio de urgencias del Hospital Simón Bolívar por presentar un cuadro de dificultad respiratoria, motivo por el cual se interconsulta al servicio de otorrinolaringología, siendo valorado el paciente por el médico de turno en esta especialidad. La mamá del paciente aduce que buscó al Dr. Becerra, este manifiesta que hay días en los cuales se encuentra de turno en la institución y otros días en los cuales no lo está. El día que el paciente presentó el cuadro clínico por el que consultó a urgencias el Dr. Becerra refiere que no se encontraba de turno por lo que fue valorado por un colega de su especialidad quien determinó la conducta a seguir. Con relación a lo anterior el Dr. Becerra informa que no recibió ninguna información y por lo tanto no pudo tomar ninguna decisión, probablemente si hubiera estado de turno o hubiera sido informado hubiera tomado las decisiones adecuadas.

El Dr. Becerra es enfático en manifestar que todas las secuelas y compromisos de la tráquea son lesiones severas y gravísimas que pueden llegar a comprometer la

vida del paciente; la atención prestada al paciente por parte del Dr. Becerra y todo el equipo que intervino en la misma, estuvo orientada desde un principio a garantizar una atención óptima, buscando una mejoría en su condición clínica. Con relación a la impericia que aduce el abogado representante, el paciente fue remitido de un hospital del mismo nivel de complejidad (III nivel), al Hospital Simón Bolívar porque esta institución es de los pocos hospitales en Colombia donde se realiza este tipo de cirugías, aunado a la calidad profesional y el entrenamiento del Dr. Félix Becerra en el manejo de este tipo de patologías.

Con relación a los consentimientos informados, se evidencia en el correspondiente a anestesia (08-10-12) que se informa riesgos adicionales como shock, falla respiratoria, lesión neurológica de tejidos blandos; en el de procedimientos para laringoplastia se informa dentro de los riesgos sangrado, estenosis, obstrucción vía aérea, infección y muerte; en otro de anestesia (07-04-2013) para aplicación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas, crioprecipitados se informa como riesgos adicionales náuseas, arritmias, reacciones alérgicas, paro cardio respiratorio, muerte; 07-04-2013 para exploración + drenaje cervical, se informan dentro de riesgos particulares sangrado, infección, dolor, re intervención, traqueostomía, necesidad de UCI, muerte; 13-03-2013 consentimiento anestesia para aplicación de glóbulos rojos, plasma, plaquetas se informa como riesgos adicionales paro cardio respiratorio, arritmias, anafilaxia, laringoespasma, muerte reacción alérgicas y/o transfusional.

En lo referente a las junta de decisiones médico quirúrgicas, se encuentra del 19-09-2012, se realiza junta ambulatoria en donde después de revisar y comentar la historia clínica, los resultados de medios diagnósticos y análisis, se discuten las opciones terapéuticas propuestas y el equipo en consenso decide como mejor plan terapéutico para el paciente: "secuelas de trauma craneoencefálico y de intubación oro traqueal prolongada con estenosis tráquea-laríngea 100%, traqueostomía hace un año. Se programa laringoplastia previa nasofibrolaringoscopia, firman Dr. Félix Becerra Camargo, Dr. Jorge Luis Alarcón Bretón, Dr. Uriel Cortes M. todos médicos especialistas en otorrinolaringología. En segunda junta de decisiones médico quirúrgicas del 31-10-2012, paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a intubación oro traqueal prolongada por trauma craneoencefálico severo, se revisa historia y se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery a evaluar de forma intra quirúrgica. Se explica al paciente y la familiar conducta la cual entendió; firman Dr. Uriel Cortes M.; Dr. Félix Becerra Camargo, Dr. Jorge

P. ovona



Luis Alarcón Bretón, todos médicos especialistas en otorrinolaringología.

Atentamente,

Diana Velásquez R.

Diana Velásquez Rojas
Médico Oficina Asesora Jurídica

(Nota: La respuesta fue proyectada en conjunto con el médico especialista en ORL, Dr., Félix Becerra Camargo del Hospital Simón Bolívar)

Se anexan copias de consentimientos informados (5) y copias de junta de decisiones médico quirúrgicas (2).



ALCALDÍA MAJOR DE BOGOTÁ D.C. Hospital Simón Bolívar

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

UNIDAD DE CIRUGIA

Página: 1 de 1
Código: FO-324-006
Versión: 4

Identificación C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUP MS AS D. N° 1030607348 FECHA 13 03 15

Nombre del paciente Jarold Salinas

Nombre del Familiar responsable (Familiar padre o acudiente aclarando cómo obtuvo esta característica) _____ Identificación _____

Testigo personal del equipo de salud o asistente social de la institución _____ Identificación _____

Yo _____ en mi condición de _____

_____ , en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que he recibido, y comprendido la información acerca de las técnicas anestésicas.

Se me ha explicado y entiendo que se pueden presentar efectos adversos y complicaciones comunes y otras potencialmente serias por causas independientes al actuar del médico debiendo este poner todos sus conocimientos en mi atención.

Entiendo también que se pueden presentar complicaciones raras y graves y que de ello puede derivarse la alteración en el funcionamiento de los órganos e incluso la pérdida de la vida.

Entiendo y me comprometo a cumplir los cuidados que se me ha informado debo tener antes de la anestesia como el ayuno, consumo de la medicación ordenada y/o Suspensión de _____ que me están contraindicada(o).

AUTORIZO SI NO a los médicos del servicio de anestesia del Hospital Simón Bolívar, y a los ayudantes de su elección, la aplicación de los siguientes derivados sanguíneos: Globulos Rgs - Plasma - Plaquetas

Estoy satisfecho con la información recibida por el anestesiólogo, esta ha sido clara, completa, sencilla y comprensible. Se me dio la oportunidad de preguntar y mis dudas han sido resueltas en su totalidad. Solicito y consiento ser sometido al procedimiento anestésico.

En mi caso particular tengo los siguientes riesgos adicionales, Pero cardiopulmonar - Arritmias - Anclorisis - laringoespasmo - Muela Recanada y lo transpirar.

* JAROLD SALINAS M
Firma del Paciente, Familiar o Acudiente
Documento de Identidad 1030 601348

[Firma] 30202912
Firma Testigo
Documento de Identidad

Firma y Registro Médico del Médico que informa

Nota: Verificar la firmas con sus correspondientes documentos. En caso de no existir persona que autorice y sea urgente el tratamiento debe haber claridad en la historia clínica

En cumplimiento de la ley 23 de 1981 artículo 10, 14, 15, y del Decreto 3380 artículo 10,11, el diligenciamiento del formato no reemplaza la información completa y verbal que debe hacer el médico tratante a su paciente.

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D. Domicilio

"En frecuencia con la vida"

ANSIO 10.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS Y TRANSFUSIONES

Página: 1 de 1
Código: FO-300-021
Versión: 3

Anejo II

UB GERENCIA CLINICA

IDENTIFICACIÓN
C.C. TL PA C.E. R.C. NUP MS AS D

FECHA

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: _____

Nombre del familiar responsable (Familiar, Padre o Acudiente aclarando como obtuvo esta característica) _____

Identificación _____

Yo _____, mayor de edad identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____

por medio del presente documento

de manera expresa, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto. **AUTORIZO SI , NO**

, los médicos del servicio de _____ del Hospital Simón Bolívar y a los ayudantes

de su elección la realización del (os) siguiente(s) procedimiento(s) quirúrgico(s) o procedimiento(s) especial(es)

Transfusión de uno o más componentes sanguíneos: _____

Transplante de órgano, tejido: _____

Otro procedimiento (especifique): Laminoplastia

Habiéndonos explicado el diagnóstico de: Estenosis forameal y discolomias

2. Los Profesionales del Servicio de Otorrino del Simón Bolívar me han explicado claramente la naturaleza de la enfermedad, y el propósito de la(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es), también se me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, alternativas y riesgos en particular los siguientes:

Sangrado, Estenosis, Cuatrupe, obstrucción aérea, infección, nervio.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial se pueden presentar situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de tales procedimientos.

4. Entiendo que el profesional pondrá a mi disposición todos sus conocimientos para el manejo de mi enfermedad.

5. Doy constancia que se me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi cada uno de los anteriores puntos, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma.

OBSERVACIONES: _____

Firma del Paciente, Familiar o Acudiente
Documento de Identidad

Firma Testigo
Documento de Identidad

Fernando
Firma y Registro Médico del Médico que informa

Nota: Verificar las firmas con sus correspondientes documentos. En caso de no existir persona que autoriza y sea urgente el tratamiento debe haber

En cumplimiento de la Ley 23 de 1981 artículo 10, 14, 15, y del Decreto 3380 artículo 10, 11, del formato no reemplaza la información completa y verbal que debe hacer el médico trata

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUN L
C.C. Cédula de Ciudadanía - TL. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin ID

"En frecuencia con la vida"

Anexo 12.

120/79



CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS Y TRANSFUSIONES

Página: 1 de 1
Código: FO-300-021
Versión: 3

SUBGERENCIA CIENTIFICA

FECHA 07 de 13

IDENTIFICACIÓN
C.C. TL PA. CE. RC. NIP. MS. AS. D

Nº 1030601348

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellidos: Jardel Salazar Mantecame

Nombre del familiar responsable (Familiar, Padre o Acudiente aclarando como obtuvo esta característica):

Identificación: 3828292

Yo Bianca Cecilia Mantecame, mayor de edad identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____

_____ por medio del presente documento

de manera expresa, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto, **AUTORIZO SI NO**

A los médicos del servicio de _____ del Hospital Simón Bolívar y a los ayudantes de su elección la realización del (os) siguiente(s) procedimiento(s) quirúrgico(s) o procedimiento(s) especial(es)

Transfusión de uno o más componentes sanguíneos: _____

Transplante de órgano, tejido: _____

Otro procedimiento (especifique): exploración + drenaje cervical.

Habiéndonos explicado el diagnóstico de: nefrosis sitio operatorio.

2. Los Profesionales del Servicio de otomoto. del Simón Bolívar me han explicado claramente la naturaleza de la enfermedad, y el propósito de la(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es), también se me ha informado de las ventajas, complicaciones, molestias, alternativas y riesgos en particular los siguientes:

hemorragia, infección, dolor, neutropeenia, traqueostomía, necesidad de, suero.

3. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial se pueden presentar situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de tales procedimientos.

4. Entiendo que el profesional pondrá a mi disposición todos sus conocimientos para el manejo de mi enfermedad.

5. Doy constancia que se me han explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mi cada uno de los anteriores puntos, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma.

OBSERVACIONES: _____

[Firma]
Firma del Paciente, Familiar o Acudiente
Documento de Identidad

Firma Testigo
Documento de Identidad

[Firma]
Firma y Registro Médico del Médico que Informa

Nota: Verificar las firmas con sus correspondientes documentos. En caso de no existir ninguno que autorice y sea urgente el tratamiento debe haber claridad en la historia clínica.

En cumplimiento de la Ley 23 de 1981 artículo 10, 14, 15, y del Decreto 3380 artículo 10, 11, el diligenciamiento del formato no reemplaza la información completa y verbal que debe hacer el médico tratante a su paciente.

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extrajero - R.C. Registro Civil - NIP Número Único Identificación Personal - MS Menor en Identificación - AS Acta en Identificación - D Documento



30



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA ANESTESIA
UNIDAD DE CIRUGIA**

Página: 1 de 1
Código: FO-324-006
Versión: 4

Identificación
CC TL PA CE RC NUP MS AS D N° _____

FECHA 8 X 12

Nombre del paciente JORGE SAINAS

Nombre del Familiar responsable (Familiar padre o acudiente aclarando cómo obtuvo esta característica)
_____ Identificación _____

Testigo personal del equipo de salud o asistente social de la institución _____
_____ Identificación _____

Yo JORGE SAINAS en mi condición de Paciente

_____ en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que he recibido, y comprendido la información acerca de las técnicas anestésicas.

Se me ha explicado y entiendo que se pueden presentar efectos adversos y complicaciones comunes y otras potencialmente serias por causas independientes al actuar del médico debiendo este poner todos sus conocimientos en mi atención.

Entiendo también que se pueden presentar complicaciones raras y graves y que de ello puede derivarse la alteración en el funcionamiento de los órganos e incluso la pérdida de la vida.

Entiendo y me comprometo a cumplir los cuidados que se me ha informado debo tener antes de la anestesia como el ayuno, consumo de la medicación ordenada y/o Suspensión de _____ que me están contraindicada(o).

AUTORIZO SI NO a los médicos del servicio de anestesia del Hospital Simón Bolívar, y a los ayudantes de su elección, la aplicación de los siguientes derivados sanguíneos: _____

Estoy satisfecho con la información recibida por el anestesiólogo, esta ha sido clara, completa, sencilla y comprensible. Se me dio la oportunidad de preguntar y mis dudas han sido resueltas en su totalidad. Solicito y consiento ser sometido al procedimiento anestésico.

En mi caso particular tengo los siguientes riesgos adicionales, Stroke - FUECA TRAFICADO - RIA - LESION NEUROLOGICA DE RIÑONES REALES

JORGE SAINAS M
10306013118
Firma del Paciente, Familiar o Acudiente
Documento de Identidad

EDGAR GUSTAVO BOJAS ORLANDO
M.D. Anestesiólogo
C.C. 27580
C.E. 19.246.257
Firma y Registro Médico del Médico que Informa

Nota: Verificar la firmas con sus correspondientes documentos. En caso de no existir persona que autorice y sea urgente el tratamiento debe haber claridad en la historia clínica

En cumplimiento de la ley 23 de 1981 artículo 10, 14, 15, y del Decreto 3380 artículo 10,11, el diligenciamiento del formato no reemplaza la información completa y verbal que debe hacer el médico tratante a su paciente.

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio

"En frecuencia con la vida"



Anejo 14

Archivos
formatos y
4

QRL

 HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR ESP III NIVEL	JUNTA DE DECISIONES MÉDICO QUIRÚRGICAS	Página: 1 de 2
	SUBGERENCIA CIENTÍFICA	Código: 70-300-030
	Versión: 0	1072304

SERVICIO SOLICITANTE OM - Laringología - Plástica

Fecha: 19/09/12

Historia N° (Documento de Identidad) _____

Paciente: Salinas Montealegre Jarold A. Edad: _____

Siendo las 9:00 horas se presenta en Junta Médica al paciente en mención, hospitalizado en la cama Ambuladorio. Luego de haber revisado y comentado su Historia Clínica, resultados de medios diagnósticos y análisis, se discuten las opciones terapéuticas propuestas y el equipo en consenso decide como mejor plan terapéutico para el paciente y/o estudio complementario para el paciente:

*Intubación
de emergencia*

Secuelas de Trauma Craneoencefálico y de IOJ polinizadas con estenosis traqueal-laríngea 100% traqueostomizada hace 1 año.
Residuo 3D y laríngea con estenosis 90%.
NIZ: falta de conciencia laríngea
Se propone Laringotrqueoplastia Laríngea + Nasofibroscopia

Decisión que se expondrá con el paciente y familiares informando la naturaleza, riesgo y pronóstico de la enfermedad así como la necesidad del tratamiento (s) propuesto (s).

*Naso Fibroscopia
11/5/12
COPIC*

Quiénes participan en la junta:

[Signature]
 Nombre y registro médico

[Signature]
 Nombre y registro médico

[Signature]
 Nombre y registro médico

Nombre y registro médico

Nombre y registro médico

Nombre y registro médico

JUEZ
JOSÉ IGNACIO MANRIQUE NIÑO
JUZGADO TREINTA Y CINCO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
E.S.D.

Medio de control: Reparación Directa
Radicado: 11001333603520150053800
Demandante: Yency Viviana Rojas Ibáñez
Demandados: Superintendencia Nacional de Salud y Otros

Asunto: **Contestación del Medio de Control**

CARLOS ANDRÉS MÉNDEZ CASALLAS identificado con cédula de ciudadanía No. 80.099.677 de Bogotá D.C. y titular de la tarjeta profesional No. 224.230 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con el poder general conferido por el Dr. Ulahi Beltrán en su calidad de Superintendente Nacional de Salud, mediante Escritura Pública No. 5000 de 30 de agosto de 2022, otorgada en la Notaría Setenta y Tres [73] del Círculo de Bogotá, procedo dentro del término legal dispuesto en providencia de junio 10 del año que avanza y notificada el pasado 4 de agosto a contestar la demanda de la referencia

I. MEDIO DE CONTROL

El medio de control promovido por la parte demandante encuentra su fundamento legal en lo dispuesto en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011 que a la letra reza:

“[...] En los términos del artículo 90 de la Constitución Política, la persona interesada podrá demandar directamente la reparación del daño antijurídico producido por la acción u omisión de los agentes del Estado.

De conformidad con el inciso anterior, el Estado responderá, entre otras, cuando la causa del daño sea un hecho, una omisión, una operación administrativa o la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de la misma.

Las entidades públicas deberán promover la misma pretensión cuando resulten perjudicadas por la actuación de un particular o de otra entidad pública.

En todos los casos en los que en la causación del daño estén involucrados particulares y entidades públicas, en la sentencia se determinará la proporción por la cual debe responder cada una de ellas, teniendo en cuenta la influencia causal del hecho o la omisión en la ocurrencia del daño.”

El artículo en cita fue objeto de control de constitucionalidad y declarado exequible mediante Sentencia C-644 de 2011, proferida por el máximo tribunal constitucional, manifestando entre otros:

“[...] Conforme lo ha señalado la doctrina, la reparación directa “es una acción de naturaleza subjetiva, individual, temporal y desistible, a través de la cual la persona que se crea lesionada o afectada (...) podrá solicitar directamente ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo que se repare el daño causado y se le reconozcan las demás indemnizaciones que correspondan, esto es, sin reclamación previa a la administración o mediando petición de nulidad, como en el caso de la acción de restablecimiento del derecho. Se trata de una típica acción tendiente a indemnizar a las personas con ocasión de la responsabilidad extracontractual en que pudo incurrir el Estado, en razón de las actividades anteriormente indicadas, que excluyen de entrada el acto administrativo”.

En el análisis jurídico de la acción de reparación directa opera el principio iura novit curia, en la medida que a la persona interesada no le corresponde presentar las razones jurídicas de sus pretensiones, sino simplemente relatar los hechos, omisiones, operación u ocupación, para que el juez administrativo se pronuncie con base en el derecho aplicable al caso. Al respecto, la Sala Plena del Consejo de Estado, en sentencia del 14 de febrero de 1995, exp: S-123, se pronunció en los siguientes términos:

“La Sala reitera la tesis de que la justicia administrativa es rogada y en ella no es aplicable el principio iura novit curia, pero precisa con relación a dicha característica una excepción: en aquellos procesos, en los cuales no se juzga la legalidad o ilegalidad de la actuación u omisión de la administración, sino que directamente se reclama la reparación del daño mediante el reconocimiento de una indemnización, el juez puede interpretar, precisar el derecho aplicable y si es del caso modificar, de acuerdo con los hechos expuestos en la demanda los fundamentos de derecho invocados por el demandante”.

En síntesis, la responsabilidad del estado comprende elementos *sine qua non* de procedencia como, una causa atribuible, endilgadle o imputable a una entidad pública.

Bajo la premisa indicada, la causa imputable a la Superintendencia Nacional de Salud resalta por su ausencia dentro del escrito de la demanda que soporta el presente medio de control, en la medida en que ninguno de los hechos que lo soportan se encamina a evidenciar desde alguna perspectiva algún grado de responsabilidad de la de mi defendida en cumplimiento de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Contrario a esto, el llamado de la Superintendencia Nacional de Salud al presente medio de control en estricto sentido obedece a las consideraciones realizadas por el Despacho en el proveído de agosto 2 de 2017, según el cual, la orden de toma de posesión de los bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Humana Vivir S.A., dictada mediante Resolución 806 de 14 de mayo de 2013, sumado a la necesidad y dificultad

de la notificación de la entidad en proceso de liquidación resultaron ser razón suficiente para disponer la vinculación de la Superintendencia Nacional de Salud.

No obstante, lo anterior, en providencia de 10 de junio de 2022, el Despacho en el marco de lo dispuesto por el artículo 314 de la Ley 1564 de 2012 aceptó el desistimiento solicitado por el extremo activo de la litis en relación con la vinculación de la EPS Humana Vivir como uno de los sujetos pasivos.

En consecuencia y, como quiera que la vinculación de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra sujeta a dos hechos puntuales relacionados directamente con la entidad desvinculada como lo son: [i] Haber dictado la orden de toma de posesión inmediata con fines de liquidación de Humana Vivir S.A., y [ii] La dificultad presentada en el curso del proceso para lograr la notificación de Humana Vivir S.A., desde el momento de su vinculación expuestas ambas en el proveído de 2 de agosto de 2017, por correspondencia lógica y bajo el mismo patrón argumentativo del Despacho, bajo el cual, lo accesorio sigue la suerte de lo principal, al desistirse de continuar el medio de control en contra de Humana Vivir S.A., debe desistirse su continuación contra la Superintendencia Nacional de Salud, pues, dejaron de existir los móviles que sirvieron de base para el llamado de la Superintendencia Nacional de Salud.

Al análisis realizado debe sumarse sin lugar a dudas los pronunciamientos del honorable Consejo de Estado en asuntos como la falla en el servicio para invocar el medio de control que nos convoca y la responsabilidad de las IPS, en relación con los daños causados a los pacientes.

Frente a la responsabilidad de las IPS, en relación con los daños causados a los pacientes y no de las entidades estatales encargadas de trazar las políticas en materia de salud y de vigilar su ejecución el Consejo de Estado, Sección Tercera, CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, Radicado No. 73001233100020030089101 [34439] de 10 de noviembre de 2016 sostuvo:

“La Función pública o administrativa no es sinónimo de servicio público Sobre este punto es menester hacer referencia a la diferencia que, en casos como el que aquí se examina, esta Corporación ha establecido entre los conceptos de función pública y servicio público (...) Es decir que para determinar, la responsabilidad de una entidad estatal habrá que determinar si el daño cuya reparación se pretende, se generó en cumplimiento de su función pública o en el marco de la prestación de un servicio público, el cual como ya se dijo anteriormente, puede ser prestado directamente por el Estado o a través de particulares. [Negrita y subraya fuera de texto].

Sobre la falla en el servicio, el Consejo de Estado en la sentencia de 22 de noviembre de 2021 proferida dentro del radicado 53977, expuso:

“[...]En los eventos de responsabilidad del Estado por una supuesta inacción u omisión, esto es, que una entidad pública no actuó con el objeto de impedir la concreción de un daño antijurídico debiendo hacerlo, es preciso efectuar un análisis de imputación en el escenario de la falla del servicio, de manera que se verifique si el menoscabo cierto, personal y directo que se alega se funda en una relación causal (material y jurídica)

con un contenido obligatorio a cargo del Estado, teniendo en cuenta que la premisa normativa de la obligación que se reputa omitida puede hallarse tanto en la Constitución Política, la ley o el reglamento, como también puede ser inherente al servicio o la actividad ejecutada por la misma administración.[...]" [Negrita y subraya fuera de texto]

En conclusión, el desvanecimiento jurídico de los argumentos que dieron lugar a la vinculación de la Superintendencia Nacional de Salud es a todas luces visible y perentorio su desvinculación en garantía del derecho al debido proceso que le asiste a mí defendida.

II. OPORTUNIDAD

Acorde a lo dispuesto en el artículo 199 de la ley 1437 de 2011, modificado por el artículo 48 de la Ley 2080 de 2021, la notificación personal del auto admisorio a las entidades públicas [Evento específico] opera bajo las siguientes reglas:

"[...] El auto admisorio de la demanda y el mandamiento ejecutivo contra las entidades públicas y las personas privadas que ejerzan funciones públicas, se deben notificar personalmente a sus representantes legales o a quienes estos hayan delegado la facultad de recibir notificaciones, o directamente a las personas naturales, según el caso, y al Ministerio Público; mediante mensaje dirigido al buzón electrónico para notificaciones judiciales a que se refiere el artículo [197](#) de este código.

[...]

El mensaje deberá identificar la notificación que se realiza y contener copia electrónica de la providencia a notificar. Al Ministerio Público deberá anexársele copia de la demanda y sus anexos. Se presumirá que el destinatario ha recibido la notificación cuando el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda constatar por otro medio el acceso al mensaje electrónico por parte del destinatario. El secretario hará constar este hecho en el expediente.

El traslado o los términos que conceda el auto notificado solo se empezarán a contabilizar a los dos (2) días hábiles siguientes al del envío del mensaje y el término respectivo empezará a correr a partir del día siguiente.

En los procesos que se tramiten ante cualquier jurisdicción en donde estén involucrados intereses litigiosos de la Nación, en los términos del artículo [2º](#) del Decreto Ley 4085 de 2011 o la norma que lo sustituya, deberá remitirse copia electrónica del auto admisorio o mandamiento ejecutivo, en conjunto con la demanda y sus anexos, al buzón de correo electrónico de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. Esta comunicación no genera su vinculación como sujeto procesal, sin perjuicio de la facultad de intervención prevista en el artículo [610](#) de la Ley 1564 de 2012. En la misma forma se le remitirá copia de la providencia que termina el proceso por cualquier causa y de las sentencias."

En consecuencia, el término dispuesto para contestar la demanda inició su conteo el 4 de agosto del año que avanza y finaliza el 20 de septiembre de la presente anualidad.

III. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Para facilitar la lectura del texto, los hechos serán respondidos en el orden como se encuentran mencionados y enumerados en el escrito de demanda.

Hecho 1: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 2: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 3: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 4: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 5: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 6: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 7: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 8: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 9: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 10: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 11: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 12: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 13: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 14: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 15: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 16: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 17: No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 18 No le consta a mi representada, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso en relación con el presente hecho.

Hecho 19: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto.

Hecho 20: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto. Por lo demás, la narrativa contiene apreciaciones de carácter particular y subjetivo.

Hecho 21: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto. Por lo demás, la narrativa contiene apreciaciones de carácter particular y subjetivo.

Hecho 22: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto.

Hecho 23: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto.

Hecho 24: Es parcialmente cierto, en la medida en que la Dra. Liñan Fuentes manifiesta que la muerte de Jarold Salinas se explica por diversos motivos entre ellos, la estenosis laríngea, por lo cual, me atengo a la literalidad del informe de necropsia aludido.

Hecho 25: Es parcialmente cierto, pues, tejidos blandos no necesariamente refieren a la laringe como pretende hacerlo ver la parte demandante, adicional a ello, el informe no registra el adjetivo calificativo abundante, por lo cual, me atengo a la literalidad del informe de necropsia aludido.

Hecho 26: No es un hecho, es una consideración de carácter particular y subjetivo.

Hecho 27: No es un hecho, es la descripción del componente familiar del difunto Jarold Arvey Salinas Montealegre.

Hecho 28: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto.

Hecho 29: No es un hecho, es una consideración de carácter particular y subjetivo, relacionado con la esfera afectiva del difunto.

Hecho 30: No le consta a mi representada lo indicado en el hecho relatado, por lo cual, me atengo a lo que se logre probar en el curso del proceso, en relación con el presente asunto.

Hecho 31: No es un hecho, es una consideración de carácter subjetivo de la parte demandante relacionada con las pretensiones del medio de control promovido.

Hecho 32: En el mismo sentido de la narrativa registrada en el numeral anterior, no se trata de un hecho, sino de consideraciones de carácter subjetivo de la parte demandante amparadas en las pretensiones del medio de control promovido.

Hecho 33: No es un hecho, nuevamente se trata de consideraciones de carácter particular y subjetivo realizadas por la parte demandante.

Hecho 34: No es un hecho, es la descripción del requisito de procedibilidad requerido para acceder a la jurisdicción a efectos de promover el medio de control propuesto.

Hecho 35: No es un hecho, es la enunciación del mandato conferido.

IV. A LAS PRETENSIONES

Señor Juez, me opongo a la prosperidad de todas y cada una de las declaraciones y condenas solicitadas por la parte demandante y que puedan dirigirse en contra de la Superintendencia Nacional de Salud, en la medida en que estas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos relacionados con mi defendida, al punto que ninguno de los señalamientos realizados por la parte demandante menciona a mi representada como presunto responsable dentro de los hechos materia de investigación en su función de rector del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

V. RAZONES DE LA DEFENSA

El Sistema General de Seguridad Social, acorde al contenido del artículo 48 de la Constitución Política, comporta una doble connotación: [i] Es un servicio público de carácter obligatorio, que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley; y [ii] Es un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional.

Frente a los servicios públicos, la Constitución Política de 1991 consagra que son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional; igualmente señala que los servicios públicos estarán

sometidos al régimen jurídico que fije la ley y que podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas o por particulares y, que en todo caso aquel mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios (Art. 365 C.N.).

Por mandato Constitucional (artículos 6, 121 e inciso 3º del artículo 123), el funcionario público sólo puede hacer lo que la Constitución y la ley le permiten. Ello según el marco de competencias asignado.

Consecuencia de lo expuesto, es trascendental en el presente caso, delimitar las competencias de la Superintendencia Nacional de Salud para que en el camino no se confundan con aquellas correspondientes a los aseguradores en salud y los prestadores de servicios de salud.

No obstante, previo a exponer la naturaleza y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, debe advertirse que, por definición legal¹ las Entidades Promotoras de Salud son responsables de la afiliación, y registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Adicional a ello, una de sus funciones corresponde a organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados.

Por su parte, las instituciones prestadoras de servicios de salud, claramente se encargan de ello, es decir, de prestar los servicios de salud requeridos por los usuarios del sistema.

En línea con lo expuesto previamente, el inciso segundo del artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que:

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

En conclusión, resulta claro que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las EPS les corresponde entre otras, organizar y garantizar a sus asegurados de forma directa o indirecta la prestación del servicio de salud, mientras las IPS se encargan de prestar los servicios de salud. Dicho esto, es oportuno entrar a revisar las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

¹ Artículo 177 de la Ley 100 de 1993

5.1. NATURALEZA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.

De acuerdo con el artículo 1º del Decreto 1080 de septiembre 10 de 2021², la Superintendencia Nacional de Salud es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

Por conducto del artículo 36 de la Ley 1122 de 2007, el legislador creó el Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, para lo cual, designó a la Superintendencia Nacional de Salud como su ente rector.

En línea con el citado artículo y, con el ánimo de evitar conflictos derivados de la multiplicidad de interpretaciones que pudieran llegar a presentarse, el mismo legislador a través del artículo 35 *Ibidem* se dio a la tarea de definir los conceptos de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, exponiendo para el efecto:

“A. Inspección: *La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia.*

Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

B. Vigilancia: *La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.*

C. Control: *El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.”*

Para el cabal desempeño de las funciones de policía administrativa asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud, el legislador a través del artículo 37 de la citada ley dio

² Por el cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud

vida a los ejes sobre los cuales debe soportarse el actuar de la entidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, indicando para el efecto:

“[...]Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:

- 1. **Financiamiento.** Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.*
- 2. **Aseguramiento.** Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.*
- 3. **Prestación de servicios de atención en salud pública.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*
- 4. **Atención al usuario y participación social.** Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.*
- 5. **Eje de acciones y medidas especiales.** <Numeral modificado por el artículo 124 de la Ley 1438 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.*
- 6. **Información.** Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.*
- 7. **Focalización de los subsidios en salud.** Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.”*

Expuesto el marco legal de las competencias de inspección, vigilancia y control en un contexto general que han sido asignadas a la Superintendencia Nacional de Salud como ente rector de este sistema, se resaltan los siguientes aspectos propios de los hechos materia de investigación a través del presente medio de control:

1. El medio de control promovido y al que ha sido vinculada la Superintendencia Nacional de Salud requiere de forma inobjetable para el establecimiento de la responsabilidad que se busca determinar, por lo menos una causa atribuible al Estado, que para el caso

- de mi defendida es inexistente.
2. La Superintendencia Nacional de Salud no presta servicios de salud ni de forma directa o indirecta, tampoco tiene a su cargo el aseguramiento de afiliados en salud.
 3. El Honorable Consejo de Estado es concluyente al establecer la diferencia entre función pública y servicio público, así como de los elementos que se requieren para endilgarle la responsabilidad a las autoridades públicas.
 4. En estricto sentido, el carácter técnico de la Superintendencia Nacional de Salud le faculta para revisar desde su función de inspección, la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a su vigilancia y dentro del ámbito de su competencia, para adoptar de allí, adoptar las medidas que sujeción al marco legal aplicable correspondan en beneficio del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la observancia de los ejes sobre los cuales gira.
 5. Mas allá de las circunstancias que pudieron suceder en la atención médica que reclama la parte demandante como la presunta falla en la prestación de servicios de salud, es evidente conforme al relato mismo de los hechos, que la atención se produjo en los diferentes escenarios en los que se llegó a requerir.
 6. Es concluyente el relato de los hechos para demostrar que nunca se elevó una queja, petición, reclamo o denuncia ante la Superintendencia Nacional de Salud que permitiera conocer y monitorear puntalmente el caso del señor Jarold Arvey Salinas Montealegre.

Ahora, teniendo en cuenta que la vinculación de la Superintendencia Nacional de Salud fue resultado de haber dictado la orden de toma de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar Humana Vivir S.A., sumado a la necesidad y dificultad de notificar a la entidad inmersa en el proceso liquidatorio, corresponde revisar de forma puntual el eje No. 5 del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.

5.2. EJE NÚMERO 5° DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL QUE DEBE OBSERVAR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Reiterando que el artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 establece que la Superintendencia Nacional de Salud para el cumplimiento de sus funciones de policía administrativa deberá observar como uno de sus ejes el correspondiente a las acciones y medidas especiales consistente entre otras en adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud.

Entonces, la Superintendencia Nacional de Salud como rector del Sistema de Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene a su cargo el deber de adoptar medidas de resguardo para el bienestar del sistema y, cuyo propósito está determinado para la protección de la confianza pública, en los eventos en que se presenten hechos y circunstancias que pongan en riesgo los recursos del sistema, la cobertura en el aseguramiento en salud y la garantía de la prestación de los servicios de salud.

En línea con lo dicho, para el cumplimiento del eje de acciones y medidas especiales dispuesto en el numeral 5° del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 previamente referido, el legislador en el marco de lo dispuesto por el párrafo 2° del artículo 233 de la Ley 100 de 1993 dispuso:

“El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria³. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud⁴, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta.” [Subraya propia].

Bajo el parámetro expuesto por el artículo 233 de la Ley 100 de 1993 en su párrafo 2°, resulta ineludible que el eje de acciones y medidas especiales que debe observar la Superintendencia Nacional de Salud se determina a partir de lo dispuesto por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero [Decreto Ley 663 de 1993], el numeral 4° del artículo 24 de la Ley 510 de 1999, modificado por el artículo 291 del Decreto Ley 633 de 1993, numeral 8° del artículo 42 de la Ley 715 de 2001, artículo 2° del Decreto 1015 de 2001, inciso 3° del artículo 6° del Decreto 506 de 2002, Decreto 3557 de 2008, inciso 2° del artículo 9.1.1.1.3. y artículo 9.1.3.1.2. del Decreto 2555 de 2010.

Con lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud a través de la Resolución No. 806 de 14 de mayo de 2013 ordenó la toma de posesión de bienes, haberes y negocios y la intervención forzosa administrativa para liquidar luego de considerar que las circunstancias y hechos presentados en HUMANA VIVIR afectaron la protección de la confianza pública al poner en riesgo los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cobertura en el aseguramiento en salud y la garantía de la prestación de los servicios de salud y en el marco de sus funciones designó a Carlos Enrique Cortés Cortés como Agente Especial Liquidador, destacando que la asignación comporta las siguientes características:

1. Ejercer las funciones propias de su cargo
2. Tendrá a su cargo la guarda y administración de los bienes que se encuentren en poder de la entidad sujeto de liquidación entre otros deberes enunciados en la ley.
3. Garantizar la prestación del servicio de salud a la población afiliada a Humana Vivir S.A., hasta tanto se lleve a cabo el traslado de los afiliados.
4. Conforme con lo dispuesto en el numeral 6° del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, su designación le implica ejercer funciones públicas transitorias, de conformidad con lo previsto en el numeral 6° del artículo 295 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, lo cual, no constituye ni establece relación laboral alguna con la Superintendencia Nacional de Salud.

Estas consideraciones, permiten entender que el Agente Especial funge como una figura disruptiva que impide al órgano encargado de tomar la medida de resguardo del Sistema General de Seguridad Social en Salud actuar como juez y parte luego de dictar la medida especial, ya sea en la administración cuando la medida corresponde a una intervención forzosa para administrar, como en el curso de los procesos liquidatorios, cuando la medida por correspondencia lógica busca la extinción de la persona jurídica [evento puntual].

De no ser así, estaríamos en presencia de una situación que le daría una condición de Juez y Parte a la entidad encargada del deber legal de adoptar la medida de resguardo del sistema ya sea para su administración [Agente Especial Interventor] cómo para su liquidación [Agente Especial Liquidador – evento puntual].

Dentro de un escenario similar, asumir que el encargo de la designación del auxiliar de la justicia funge como responsable de las decisiones que este en el marco de sus funciones adopte, sería como pretender que un Juez que en virtud de sus competencias nombra un auxiliar de la justicia para realizar una actividad específica, un peritaje por ejemplo, debiera responder por el resultado del cumplimiento de su designación, solo por el hecho de haber sido la autoridad encargada de su nombramiento.

Por lo anterior, cobra importancia el auxiliar de la justicia designado como agente especial, pues, de forma independiente a la función encomendada [interventor o liquidador] debe proceder de forma imparcial y siempre ajustado al marco legal que integra y determina la competencia que le asiste. Debe recordarse que este cumple o desempeña funciones públicas transitorias.

VI. EXCEPCIONES

6.1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA

Por contera de lo expuesto en el acápite de razones de la defensa, la existencia de falta de legitimación en la causa por pasiva en relación con la Superintendencia Nacional de Salud es a todas luces evidente, pues, si bien es cierto, la Superintendencia Nacional de Salud, dentro de su función de inspección, vigilancia y control, propende porque las entidades encargadas de la prestación del servicio de salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para su desarrollo, también lo es que, al no prestar servicios de salud, no puede ser sujeto responsable de las condenas que en el presente medio se endilgan.

Lo anterior en la medida en que estas funciones de policía administrativa se encaminan a garantizar la prestación de servicios de salud por parte de los actores del sistema, no a prestarlos. Para ello basta ver el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 que establece quienes son los sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, destacando para el efecto los numerales 121.1. y 121.3.

“[...]Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

121.1 Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.

121.2 Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

121.3 Los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

[...]" [Negrita y Subraya fuera de texto].

Por lo anterior, debe tenerse en cuenta que, la causa directa, eficaz, eficiente y determinante del presunto daño, es la presunta falla en la prestación del servicio médico recibido por Jarold Arvey Salinas Montealegre por parte del Hospital simón Bolívar.

En razón de esto y, al tratarse de una presunta falla en la prestación de servicios de salud, no puede predicarse la existencia de nexo causal, requisito indispensable para declarar la falla que se reclama, pues, resulta que para poder imputar responsabilidad al Estado en los términos del artículo 90 de la Constitución Política, es necesario demostrar la ocurrencia del hecho, la existencia del daño y su relación de causalidad con la administración. En el presente caso ausente en relación con la Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo a los argumentos expuestos anteriormente, es concluyente entonces que la Superintendencia Nacional de Salud no está legitimada para responder por las conductas desplegadas presuntamente por terceros [ESE Hospital Simón Bolívar], en relación con la prestación del servicio de salud al señor Jarold Arvey Salinas Montealegre y, en consecuencia, no puede existir un pronunciamiento de fondo en relación con un sujeto de derecho [Superintendencia Nacional de Salud] que nada tuvo que ver en la generación de los hechos objeto de demanda.

Sobre el particular, el Consejo de Estado se ha pronunciado en los siguientes términos:

"(...) La legitimación en la causa ha sido estudiada en la jurisprudencia y la doctrina desde dos puntos de vista: de hecho y material. La legitimación de hecho es la relación procesal que se establece entre el demandante y el demandado por intermedio de la pretensión procesal; es decir es una interrelación jurídica que nace de la imputación de una conducta en la demanda, y de la notificación de ésta al demandado; quien cita a otro y le atribuye está legitimado de hecho y por activa, y a quien cita y le atribuye está legitimado de hecho y por pasiva desde la notificación del auto admisorio de la demanda. En cambio, la legitimación material en la causa alude a la participación real de las personas, por regla general, en el hecho origen de la formulación de la demanda, independientemente de que haya demandado o no, o de que haya sido demandado o no. Por tanto, todo legitimado de hecho no necesariamente estará legitimado materialmente, pues sólo lo están quienes participaron realmente en los hechos que le dieron origen a la formulación de la demanda.

En la legitimación en la causa material sólo se estudia si existe o no relación real de la parte demandada o demandante con la pretensión que se le atribuye o la defensa que se hace, respectivamente. En últimas la legitimación material en la causa o por activa o

por pasiva es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado. (...)³ [Subrayas por fuera del texto original]

Así mismo la doctrina ha desarrollado el tema de falta de legitimación en la causa por pasiva, en los siguientes términos:

*“(...) Por tanto, siempre que el demandante no sea aquel en quien radica el derecho demandado, habrá ilegitimidad en la causa por activa. Y existirá por pasiva siempre que el demandado no sea aquel contra quien se puede hacer valer la pretensión como obligado a satisfacerla. En asuntos de nulidad y restablecimiento del derecho se ha presentado la ilegitimidad por pasiva cuando la entidad o una de las entidades demandadas no tienen la obligación de reconocer un derecho social como una pensión. En asuntos de reparación directa el motivo de la excepción no es de común ocurrencia porque si se demanda a una entidad contra quien no resulta deducida la responsabilidad extracontractual, ello se deduce en la sentencia que pone fin al proceso y no antes. La falta de legitimación en la causa, como lo tiene aceptado la doctrina es una excepción típica perentoria que se puede proponer como previa. Y probada en el proceso da lugar a la desestimación de la pretensión o de la excepción, según el caso, por estar relacionada con el derecho sustancial debatido y no con la forma como ha comparecido la parte al proceso (...)*⁴

En línea con lo dicho, el Honorable Consejo de Estado, ha reiterado lo dicho, señalando que cuando la Administración pretenda exonerarse de la responsabilidad derivada por falla en el servicio deberá demostrar la inexistencia de la falla, o la existencia de una causa extraña, ya sea fuerza mayor, culpa exclusiva de la víctima o el hecho determinante de un tercero, que rompa o desvirtúe el nexo causal.

En relación con lo anterior, el Consejo de Estado, Sección Tercera, en sentencia de 1º de agosto de 2002, Expediente No. 13248, expuso:

“(...) Es necesario recordar que no cualquier causa en la producción de un daño tiene nexo con el hecho dañino. Sobre el punto se han expuesto dos teorías; la primera de la equivalencia de las condiciones, según la cual todas las causas que contribuyen en la producción de un daño se consideran jurídicamente causantes del mismo. Esta teoría fue desplazada por la de causalidad adecuada, en la cual se considera que el daño fue causado por el hecho o fenómeno que normalmente ha debido producirlo (hecho relevante y eficiente). Por tanto, puede suceder en un caso determinado, que una sea la causa física o material del daño y otra, distinta, la causa jurídica, la cual puede encontrarse presente en hechos anteriores al suceso, pero que fueron determinantes o eficientes en su producción. (...)”

³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 11 de agosto de 2003, C.P.: María Elena Giraldo Gómez, Exp. 1996-4281.

⁴ Ver: SÁNCHEZ BAPTISTA, Néstor Raúl. Las Excepciones previas: Novedades del proceso ordinario en el Nuevo Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Colombiano (Ley 1437 de 2011). En: Memorias del XXXIII Congreso de Derecho Procesal. ICDP. Cartagena, 2012. Págs. 520 y 521.

En el mismo sentido, el Tribunal Contencioso Administrativo del Valle del Cauca, en Sentencia No. 162 del 14 de junio de 2013, reiteró lo ya señalado por la Sección Tercera en cuanto la falta de legitimación en la causa por pasiva de la Nación-Ministerio de Salud, adaptando el criterio al caso de la Superintendencia Nacional de Salud, así:

“(…) Igualmente, esta regla resulta aplicable al caso de Superintendencia Nacional de Salud, cuyo marco de acción se encuentra delimitado por la Ley 100 de 1993, el decreto 1259 de 1994 y el artículo 68 de la Ley 715 de 2001. Estas normas asignan funciones exclusivas de vigilancia y control, quedando excluida cualquier prestación directa del servicio de salud.

Ahora bien, aunque en algunos casos se puede aceptar la enjuiciabilidad de este ente de control por la omisión de sus funciones; del ejercicio de imputación efectuado en la demanda se dirige al reconocimiento de una falla en la atención médica y no a una declaratoria de responsabilidad por alguna irregularidad en las competencias de vigilancia asignadas a la Superintendencia, por lo cual resulta procedente declarar la falta de legitimación por pasiva de esta entidad (…).” (Subraya fuera de texto).

Así las cosas, se solicita al despacho en audiencia inicial prescrita por el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011 en la etapa de decisión de excepciones que, se pronuncie sobre la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva, por tratarse de una **excepción mixta** y, en dado caso sea resuelta a favor de la Superintendencia Nacional de Salud por argumentos previamente expuestos.

Ahora bien, en el evento en que esta excepción, en desarrollo de la audiencia inicial fuere declarada no probada o se abstenga de resolverla, se le solicita de antemano pronunciarse sobre ella al momento de proferir sentencia.

Frente a este asunto, es preciso tener presente que el Tribunal Administrativo de Santander⁵ en audiencia inicial del 2 de marzo de 2020, declaró probada la excepción de falta de legitimación en la causa por pasiva de la Superintendencia Nacional de Salud, en el siguiente sentido:

“[...] Por su parte la Superintendencia Nacional de Salud, no tiene dentro de sus funciones la prestación efectiva de los servicios medico asistenciales en los centros de salud.

[...]

AUTO:

PRIMERO: DECLÁRESE PROBADA la excepción de FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA propuesta por los apoderados del MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL, y la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, de conformidad con lo expuesto en precedencia”

⁵ Radicado No. 680012333000-2018-00430-00. Medio de control: Reparación directa. Demandante: Hernando Gómez Barajas y otros. Demandados: Superintendencia Nacional de Salud y otros.

6.2. INEXISTENCIA DE ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LA FALLA EN EL SERVICIO

Es el principal régimen de imputación de responsabilidad, dentro del cual, la anunciada responsabilidad emerge a partir de la comprobación de la existencia de tres elementos fundamentales:

1. El daño antijurídico sufrido por el interesado [perjuicio provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo]. Aterrizando este elemento al caso objeto de análisis, es menester tener presente que dentro de los hechos que soportan el medio de control promovido, no existe referencia de ningún tipo a una conducta de acción u omisión en la que haya podido incurrir la Superintendencia Nacional de Salud o, tan siquiera se encuentre involucrada.

Por lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de mandato constitucional y legal que le corresponde, no tiene relación de causa directa o indirecta con los hechos y las pretensiones señalados por la parte demandante.

2. Falta del servicio propiamente dicha. Consiste en el deficiente funcionamiento del servicio, ya sea porque no funcionó cuando ha debido hacerlo o lo hizo de manera tardía o equivocada. Nuevamente aterrizando el elemento al caso objeto de análisis, es posible advertir que dentro de los hechos que soportan el medio de control no hay alusión a una falla en el cumplimiento de las funciones que por ley le asisten a la Superintendencia Nacional de Salud. Por la cual no se configura el deficiente funcionamiento o la tardanza en el caso concreto.
3. Relación de causalidad entre estos dos elementos. Comprobación de la conexidad entre el daño producido y la falla del servicio, es decir, el primero es una consecuencia indudable del segundo. Por lo cual, es posible concluir que, de los requisitos establecidos en el artículo 90 de la Constitución Política y, a la luz del precedente judicial no se configura el nexo causal entre los hechos endilgados como causantes del daño antijurídico alegado y la Superintendencia Nacional de Salud.

Por lo dicho, existe ausencia de nexo causal, toda vez que, la presunta falla en el servicio no obedece a una acción u omisión de esta Entidad, en la medida en que la Superintendencia Nacional de Salud como ha sido indicado previamente y es menester reiterar, no presta servicios de salud ni termina de explicarse el origen de su vinculación.

De hecho, el Consejo de Estado en la sentencia de 22 de noviembre de 2021 proferida dentro del radicado 53977 y expuesta en la referencia número 1 de este escrito expuso:

*“[...]En los eventos de responsabilidad del Estado por una supuesta inacción u omisión, esto es, que una entidad pública no actuó con el objeto de impedir la concreción de un daño antijurídico debiendo hacerlo, **es preciso efectuar un análisis de imputación en el escenario de la falla del servicio, de manera que se verifique si el menoscabo cierto, personal y directo que se alega se funda en una relación causal (material y jurídica) con un contenido obligacional a cargo del Estado,** teniendo en cuenta que la premisa*

normativa de la obligación que se reputa omitida puede hallarse tanto en la Constitución Política, la ley o el reglamento, como también puede ser inherente al servicio o la actividad ejecutada por la misma administración.[...] [Negrita y subraya fuera de texto]

En síntesis, si la imputación del daño debe provenir entre otras de una conducta de acción u omisión del estado a través de una de sus entidades, aclarando que dicha conducta debe corresponderse con las funciones y obligaciones que por ley le han sido asignadas a esta, de lo contrario no es posible realizar el juicio de culpabilidad dirigido a determinar si la comisión de la conducta generadora del daño es atribuible al Estado. No en vano, el texto transcrito habla de relación causal material y jurídica con contenido obligacional a cargo del Estado, por lo cual, al no existir obligación a cargo o atribuible a la Superintendencia Nacional de Salud, se configura de forma inexorable la falta de legitimación en la causa por pasiva.

6.3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN ATRIBUIBLE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Como ha sido indicado a lo largo de este escrito, no es posible desde el punto de vista jurídico atribuir a la Superintendencia Nacional de Salud la comisión de un daño antijurídico producto de una actividad ajena a su esencia y funciones, máxime cuando su vinculación procedió a causa de fundamentos que se desvanecieron del mundo jurídico a partir del desistimiento de la parte demandante de tener a Humana Vivir S.A., como sujeto pasivo del presente medio de control.

Por lo anterior, el ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud no comprenden la prestación de servicios de salud ni le imponen el deber de responder solidariamente por los hechos y omisiones de quienes tienen a su cargo la prestación de servicios de salud. De suyo que exista imposibilidad jurídica para alegar una falla en el servicio presuntamente producida en la prestación de servicios de salud como afirma la parte demandante haber sucedido con Jarold Arvey Salinas Montealegre.

Tan cierto es lo anterior que, dentro del acápite de hechos, pretensiones o, el atinente a la responsabilidad de los demandados, la parte demandante no hace alusión a ninguna conducta de acción u omisión producida por la Superintendencia Nacional de Salud.

Por lo cual, la presunta falla en la prestación del servicio de salud del señor Salinas, no es del resorte de competencias de la Superintendencia Nacional de Salud y así deberá ser declarado.

6.4. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO IMPUTABLE A LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Acorde al discurrir del presente escrito, la presunta falla en la prestación del servicio padecida por Jarold Arvey Salinas Montealegre no puede ser atribuible a la Superintendencia Nacional de Salud, en la medida en que esta como ente rector del sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud concebido en los términos del artículo 36 de la Ley 1122 de 2002 como un conjunto de normas, agentes y procesos articulado entre sí que no se encuentra en entredicho dentro de los hechos que motivan el presente medio

de control.

Consecuencia de lo expuesto, dictar la orden de toma con fines de liquidación de Humana Vivir S.A, como una medida de resguardo del Sistema General de Seguridad Social en Salud no constituye el objeto o centro de debate dentro de las súplicas de la demanda.

En razón de lo dicho y tal cual ha sido retratado previamente, la acción u omisión constitutiva del daño antijurídico imputable al Estado parte de un contenido obligacional del Estado mismo que permita establecer la relación causal material y jurídica que, en lo atinente a la Superintendencia Nacional de Salud resulta inexistente, motivo por el cual, al no existir obligación, no podría existir consecuencia, menos aún, con el fundamento fáctico de su vinculación.

Es por esto que en el presente evento, se encuentran ausentes los tres elementos de comprobación de la falla en el servicio que permita establecer que el daño antijurídico perseguido por la parte demandante es imputable al estado, representado en el presente medio por la Superintendencia Nacional de Salud, fue expuesto al estudiar la inexistencia de los elementos que configuran la falla en el servicio como régimen de imputación.

6.5. CUMPLIMIENTO DEL ORDENAMIENTO LEGAL Y DE LAS FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL. EXCEPCIÓN DE LEGALIDAD

Frente a las funciones de la Superintendencia, el Consejo de Estado, Sección Tercera, en Sentencia del 8 de marzo de 2007, Exp. No. 11001-03-26-000-1998-00017-00(15071) Consejero Ponente doctor Ramiro Saavedra Becerra, señaló:

*“... las superintendencias tienen a su cargo el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control, en los precisos términos dispuestos por la ley, o por la delegación del Presidente, legalmente autorizada; así mismo, que tales funciones obedecen al ejercicio de la función de policía administrativa, tal y como ha sido reconocido reiteradamente por la jurisprudencia del Consejo de Estado. (...) La policía administrativa, a su vez, se presenta como una facultad estatal de limitación y regulación de los derechos y libertades de los asociados con la finalidad de preservar el orden público, y está constituida por el poder de policía, el cual es de carácter normativo y corresponde a la facultad de expedición de regulaciones generales, de carácter legal (...) Dentro de este marco, la actividad de las superintendencias, **corresponde al ejercicio de la función de policía, que se halla subordinada al poder de policía**, lo que significa que su actuación está dirigida a la cumplida aplicación de las normas que regulan el campo de actividad sobre el cual aquellas ejercen las funciones de inspección, vigilancia y control que les son encomendadas, con miras además, **a propender por la protección del sector económico o social objeto de control**, por su desarrollo y estabilidad, así como por el cumplimiento de las demás funciones que específicamente se le hayan encomendado a la respectiva superintendencia, a partir del cumplimiento de su actividad principal de inspección, vigilancia y control (...).” (Negritas y subrayas nuestras).*

En razón de lo anterior y, tal cual ha sido desarrollado a lo largo del presente escrito, la Superintendencia Nacional de Salud ha actuado con sujeción al marco legal que la define como entidad de carácter técnico administrativo rector del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida en que en su calidad de rector del sistema de Inspección Vigilancia y Control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha dirigido a sus esfuerzos a garantizar los derechos de los usuarios a través de la protección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Particularmente, a través de la remoción de un actor que se tornó nocivo para el Sistema, la confianza pública y en consecuencia, su propio bienestar, como lo fue la orden de toma con fines liquidatorios de la cual fue objeto la extinta Humana Vivir por las razones que han sido expuestas a lo largo de esta defensa, de la cual se reitera, no es el objeto del debate jurídico provocado por los hechos materia de investigación.

6.6. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURÍDICO CAUSADO AL DEMANDANTE

El concepto del daño antijurídico cuya definición no se encuentra en la Constitución ni en la ley, ha sido reseñado en múltiples sentencias desde 1991 hasta la fecha, como el perjuicio que es provocado a una persona que no tiene el deber jurídico de soportarlo.

En el caso bajo estudio, si bien podría existir un presunto perjuicio sufrido por los demandantes, debe tenerse en cuenta que la presunta falla en la prestación de servicios de salud que padeció Jarold Arvey Salinas Montealegre no puede ser atribuible a la Superintendencia Nacional de Salud en la medida en que sus funciones de forma clara se dirigen a un escenario de inspección, vigilancia y control de los actores del sistema en procura de garantizar que la efectiva prestación de servicios de salud y, en consecuencia, el funcionamiento normal y regular del Sistema General de Seguridad Social en Salud, so pena de imponer las medidas de apremio a que haya lugar ante las conductas atentatorias de su normal flujo y que vulneren los derechos de los usuarios, que en el presente caso no se discuten.

Por lo anterior, se concluye que la Superintendencia Nacional de Salud no ha causado ningún daño ANTIJURÍDICO, a los demandantes por la presunta falla en la prestación de servicios de salud de la parte demandante.

6.7. HECHO DE UN TERCERO

Siendo claro que la inconformidad de la parte demandante radica en la presunta falla en la prestación del servicio de salud padecida por Jarold Arvey Salinas Montealegre, resulta evidente que nos encontramos en presencia de un hecho de un tercero que exonera de responsabilidad a la administración.

Bajo este escenario, debe tenerse en cuenta que, dicho tercero es completamente ajeno al servicio y que su actuación no la vincula de manera alguna con la administración, produciéndose de esta forma la ruptura de la relación causal.

En el presente evento se reitera que las funciones asignadas a la Superintendencia Nacional de salud rompen el paradigma del nexos causal para consumir la falla del servicio imputable al Estado.

Es de recordar que la Superintendencia Nacional de Salud es un órgano técnico-adscrito al Ministerio de Salud Protección Social y, cuyos objetivos se encuentran determinados por lo dispuesto en el artículo 39 de la Ley 122 de 2007 y dentro de ellos no existe la responsabilidad solidaria por los hechos y omisiones causados por quienes tienen a su cargo la prestación de servicios de salud.

6.8. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Solicito respetuosamente a este Despacho, se sirva declarar probadas las excepciones propuestas y todas aquellas excepciones de mérito que no hubiesen sido presentadas, pero que hayan sido, de acuerdo con la ley, debidamente probadas dentro del proceso que nos ocupa, de conformidad con el artículo 282 del Código General del Proceso que entre sus líneas dice:

“ARTÍCULO 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.

(...)

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. (...)”

VII. PRUEBAS

Solicito se tenga como prueba el marco legal de funciones que le asiste a la Superintendencia Nacional de salud y que ha sido retratado en el presente escrito, el cual, por su alcance y territorialidad no requieren ser aportadas en los términos del artículo 177 de la Ley 1564 de 2012.

VIII. ANEXOS

- Poder general conferido mediante Escritura 5000 de 30 de agosto de 2022.

IX. PETICIÓN

Por lo expuesto en el presente escrito y basado en los fundamentos de hecho y de derecho presentados, solicito al Despacho respetuosamente, se denieguen las suplicas de la demanda y, en consecuencia, se declare la prosperidad de las excepciones formuladas, por medio de las

cuales se exime de toda responsabilidad en el presente asunto a la Superintendencia Nacional de Salud.

X. NOTIFICACIONES

La Superintendencia Nacional de Salud en la Carrera 68 A No. 24B – 10 piso 9 torre 3, de la ciudad de Bogotá D.C. en los correos electrónicos y snsnotificacionesjudiciales@supersalud.gov.co

El suscrito, recibirá notificaciones en la Oficina Jurídica de la Superintendencia Nacional de Salud ubicada en la en la Carrera 68 A No. 24B -10 pisos 9 y 10 PLAZA CLARO de Bogotá D.C. y en la dirección de correo electrónico cmendez@supersalud.gov.co

Del señor Juez atentamente,



Carlos Andrés Méndez Casallas
C.C. 80.099.677
T.P. 224.230. del C.S de la J.
Tel. 3005462293
Correo e. cmendez@supersalud.gov.co

SEÑOR:

JUEZ TREINTA Y CINCO (35) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SECCIÓN TERCERA -

REF: PROCESO: 2015-538

DEMANDANTE: YENCY VIVIANA ROJAS IBAÑEZ Y OTROS

DEMANDADO: FELIX HERNANDO BECERRA CAMARGO Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACION DE DEMANDA

OFICINA DE APODERADOS
JUZGADOS ADMINISTRATIVOS
2015 NOV 14 PM 3:44
CORRESPONDENCIA
RECIBIDA

157328

FLOR ANGELA PALACIOS URREA, mayor de edad y vecina de esta misma vecindad, identificada como aparece al pie de mi firma, abogada en ejercicio portadora de la Tarjeta Profesional No. 111.177 del C.S.J., y actuando como apoderada judicial por el poder que me ha conferido el Doctor FELIX BECERRA CAMARGO, mayor de edad, vecino de esta ciudad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 7227149 de Duitama-Boyacá y estando dentro del término legal, comedidamente me permito contestar la demanda de Reparación Directa instaurada por la demandante de la referencia y en los siguientes términos:

I. A LAS PRETENSIONES

Me opongo y LA RECHAZO EN SU TOTALIDAD a la primera pretensión por la prueba documental que existe en el expediente, que no corresponde a la solicitada por la demandante en virtud al informe pericial de necropsia No. 2013010111001001587 del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Regional: BOGOTÁ, Seccional: BOGOTÁ. U. Básica: SEDE CENTRAL, cuya CAUSA DE LA MUERTE: **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.** (Folio 79) y que fue aportada por el actor y mi poderdante no lo atropelló con ningún vehículo.

Me opongo y rechazo en su totalidad a la pretensión de condenas por lo expresado en el acápite anterior contra del Doctor FELIX BECERRA CAMARGO, en virtud a que los hechos materia de este medio de control no corresponden a la realidad de lo acontecido, de igual forma me permito solicitar excepción que en el acápite respectivo mencionaré y probaré.

II. A LOS HECHOS

Los hechos materia de este litigio expuestos por la demandante y que tratan de endilgarle responsabilidad a mi poderdante, no están de acuerdo a la realidad por lo expuesto en las pretensiones y por ende procedo a contestarlos así:

1. Me acojo a lo dicho en el análisis y opinión pericial del protocolo de necropsia del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Sic "Hombre adulto con antecedentes de trauma craneoencefálico severo sufrido en accidente de tránsito hace dos años..."
2. No me acojo y rechazo ese hecho porque no hay soporte documental
3. No me acojo y rechazo ese hecho por que no obra prueba documental
4. No me consta y rechazo ese hecho porque carece de prueba documental lo afirmado
5. Rechazo ese hecho porque carece de prueba documental lo afirmado, sin embargo este hecho es prueba de que el paciente tenía ya desde la fecha antecedentes patológicos y/o graves secuelas producto del accidente de tránsito que le ocasionaron la muerte tal como lo describe el dictamen pericial.
6. Este hecho es vinculante con una institución ajena a la demanda y confirma que la condición clínica patológica que padece el paciente se remonta desde la atención que allí recibió.
7. Tómese este hecho en favor de mi mandante por cuanto venia ya con una severa patología en su organismo y se infiere que esta fue provocada por el lugar donde lo trataron (en el Hospital de Kennedy). Ver folio 94
8. Respecto a este hecho me atengo a la prueba aportada (Folio 92) que confirma dictamen pericial de Medicina Legal, me permito transcribir lo certificado en la junta quirúrgica del Hospital El Tunal sic "Paciente con POP (pos operatorio) de traqueostomía por estenosis laríngea secundaria a intubación orotraqueal prolongada lo anterior en accidente de tránsito, trae reporte de videolaringoscopia que muestra estenosis subglótica cotton 4, tac larínge con obliteración completa de subglotis" y ante la decisión en esa institución del procedimiento quirúrgico, se infiere que el paciente conoció el tratamiento quirúrgico al que sería sometido desde ese momento.
9. No acepto, tampoco rechazo por carencia de prueba en el expediente. La orden de autorización que aparece en el expediente de autorización de la cirugía fue emitida por el Hospital el Tunal (Folio 91), no obstante, este hecho infiere conocer el tratamiento quirúrgico al que será sometido inclusive desde esa Institución tanto el paciente como su familiar.
10. Acepto este hecho que confirma el diagnóstico que traía el paciente de otras instituciones y demuestra la idoneidad profesional de mi poderdante.

11. Este hecho confirma que luego de una acertada valoración por el examen practicado de nasofibrolaringoscopia y preparación prequirúrgica demuestra la buena praxis médica de mi defendido, además de confirmar el dictamen pericial de Medicina Legal. (Folio 47)
12. Hecho que confirma los planteamientos de las otras instituciones de salud que consultó el paciente y que de forma responsable y en reunión del grupo de otorrinolaringología lo programan para la cirugía (Folio 76).
13. Rechazo por cuanto no obra prueba documental en el expediente.
14. Respecto a este hecho me atengo a la prueba aportada.
15. Me acojo a este hecho. En cumplimiento de una correcta aplicación a la praxis médico quirúrgica y con base en los hallazgos intraquirúrgicos no fue posible utilizar la prótesis de Montgomery tal como lo demuestran las anotaciones quirúrgicas que obran en los folios 49, 53 y 62 y en aras a que el científico está habilitado para tomar decisiones acorde con el evento o circunstancia en la cual se encuentre máxime si se trata de un evento intraquirúrgico, era del caso omitir la colocación de esta prótesis en la humanidad de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE y la no colocación de esta NO FUE LA CAUSANTE DEL DECESO DEL PACIENTE, así mismo y con base

16. Me acojo a este hecho, lo que demuestra el estricto seguimiento realizado al paciente por mi poderdante y que a la vez demuestra que a la fecha del 10 de mayo de 2013, el paciente presentaba un pos operatorio bueno, lo que indica y prueba que la técnica quirúrgica fue la adecuada.
17. Tómese este hecho en favor de mi poderdante, ya que previo a la salida del paciente se aseguró que se encontrara en condiciones óptimas para el egreso del hospital y previo a este le realizó la nasolaringoscopia que le corroborara la satisfactoria condición del paciente y a la demandante le consta el satisfactorio resultado de la intervención quirúrgica y seguimiento médico, lo que demuestra en consecuencia la eficacia de los servicios médicos prestados al paciente.
18. No acepto y rechazo este hecho por carencia de prueba en el expediente sobre esta manifestación específica por la demandante, en cambio si existe prueba en el expediente que en el pos operatorio después de ser

dado de alta el paciente el 15 de abril de 2013, el paciente acudió a otro centro asistencial (Hospital de Kennedy) en el cual estuvo hospitalizado una semana sic "...Refiere que hace 8 días estuvo hospitalizado en H. de Kennedy..." y por ende este hecho es vinculante con una institución ajena. (Folio 46 y 50 repetido) sin comprometer la conducta de mi cliente.

- 19. Rechazo este hecho en cuanto no es vinculante con responsabilidad alguna a mi poderdante, esto en virtud a que el día mencionado 10 de mayo de 2013, mi poderdante no se encontraba de turno en el servicio de urgencias del HOSPITAL SIMON BOLIVAR y a quien le correspondió resolver la interconsulta por otorrinolaringología (ORL) por encontrarse de turno el día en mención fue al Doctor RICARDO ANGEL OBANDO, quien luego de examinarlo y de realizar una nasofibrolaringoscopia en la que evidenció: sic ("...escurrimiento posterior escaso y blanquecino en nasofaringe, a nivel de laringe eritema glótico y supraglótico, con hipertrofia de bandas ventriculares, edema en aritenoides, **NO SE OBSERVAN LESIONES ESTÉNOTICAS**, secreción mucoide blanquecina escasa en comisura anterior.") Mayúsculas y negrillas fuera de texto., con una impresión diagnóstica de: 1. Laringitis aguda, 2. POP laringotraqueoplastia. Paciente sin signos de compromiso sistémico y sin dificultad respiratoria..., Revalorar por Cirugía General, se da cita consulta externa ORL (Folios 5 y 14 de Historia clínica aportada con la contestación de la demanda). Fue valorado por el servicio de cirugía general por la Doctora PAOLA RUEDA, quien al examen físico no evidenció signos de dificultad respiratoria, ni inestabilidad hemodinámica por lo que decidió retirar el oxígeno y dejarlo en observación con resultados para valoración posterior por el Doctor FERNANDO AGUIRRE quien al valorarlo encuentra un paciente hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, saturación de oxígeno al aire de 92%, sin disfonía o cambios en la fonación, sin dificultad para la deglución... y le da salida. (Folios 6 y 7 de historia clínica aportada con la contestación de la demanda).
- 20. Me opongo y rechazo este hecho porque carece de prueba documental lo afirmado.
- 21. Me opongo y rechazo este hecho porque carece de prueba documental lo afirmado y además porque en las Instituciones hospitalarias del Estado, verbi gracia, el HOSPITAL SIMON BOLIVAR, la atención de pacientes no es de exclusividad para cada médico y por ende ésta, es inherente a la atención del médico que se encuentre de turno en el servicio correspondiente a su especialidad tal como se especificó en el Ítem 19 y con la prueba documental allegada con la contestación de la demanda, respecto a este hecho, folios 5 y 14 del historial clínico.
- 22. Respecto a este hecho téngase en cuenta la atención clínica ofrecida al paciente en cuanto al servicio de urgencias, atención por el servicio de otorrinolaringología, cirugía general y terapia respiratoria que obra en los

folios 2-23, aportados con el historial clínico allegado con la contestación de la demanda.

- 23. Rechazo este hecho, no obra prueba documental en el expediente y no compromete en nada la conducta de mi prohijado.
- 24. ME OPONGO Y RECHAZO DE PLANO este hecho, porque la causa de la muerte de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE emitido por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES en su INFORME PERICIAL DE NECROPSIA No. 2013010111001001587, concluyó: CAUSA DE LA MUERTE: ESTENOSIS LARINGEA **POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.** (negrillas fuera de texto) prueba aportada por el actor y que obra a folio 79 del expediente, es y corresponde a lo dicho en el informe pericial y no como lo quiere hacer ver la demandante de forma inconclusa, de tal manera que este hecho en NADA COMPROMETE la conducta médica proferida por mi poderdante y menos aún el deceso de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE.
- 25. Sobre este hecho, me atengo a la prueba aportada respecto del protocolo de necropsia del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (Folios 79,80,81) además que es prueba fehaciente de que la cirugía practicada a JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE se encontraba en buen estado de cicatrización sic "LARINGE: Abundante tejido cicatricial y material quirúrgico dado por suturas sintéticas en el distal y estenosis traqueal del 70%..." es decir, que no presentaba una estenosis del 100% como se documentó en todos los centros de salud a los que consultó previo a acudir al Hospital Simón Bolívar, lo que es indicativo de que hubo una intervención oportuna y acertada de parte de los facultativos.
- 26. No me acojo y rechazo por cuanto no obra prueba dentro del expediente y además no es vinculante a la conducta médica de mi poderdante.
- 27. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante.
- 28. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante.
- 29. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante
- 30. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante
- 31. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante en virtud a que obra prueba fehaciente, contundente y concluyente de que la muerte de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE, no fue producto de la intervención quirúrgica o de la atención médica y científica de mi mandante, sino que fue determinada por ESTENOSIS LARINGEA **POR INTUBACIÓN**

PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO y que la CAUSA DE LA MUERTE: **VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.**, TAL COMO LO DETERMINA EL DICTAMEN pericial dado por la forense Dra. LOLY LUZ LIÑAN FUENTES; y por ende siendo esta una prueba documental, emitida por autoridad científica competente, legal y proferida por el estado: mi poderdante no tiene ninguna responsabilidad en el deceso de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE y por ende no está obligado a indemnizar a nadie por AUSENCIA PLENA DE RESPONSABILIDAD TANTO OBJETIVA COMO SUBJETIVA.

- 32. No me acojo y rechazo por cuanto no es vinculante con la conducta médica y científica de mi poderdante en virtud a que obra prueba fehaciente, contundente y concluyente de que la muerte de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE, no fue producto de la intervención quirúrgica o de la atención médica y científica de mi mandante, sino que fue determinada por **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACIÓN PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO** y que la CAUSA DE LA MUERTE: **VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.**, TAL COMO LO DETERMINA EL DICTAMEN pericial dada por la forense Dra. LOLY LUZ LIÑAN FUENTES; y por ende siendo esta una prueba documental, dada por autoridad científica competente, legal y proferida por el estado: mi poderdante no tiene ninguna responsabilidad en el deceso de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE y por ende no está obligado a indemnizar a nadie por AUSENCIA PLENA DE RESPONSABILIDAD TANTO OBJETIVA COMO SUBJETIVA.
- 33. No me acojo y rechazo en virtud a que este hecho no es vinculante con la muerte del causante.
- 34. No hubo conciliación por no existir responsabilidad alguna de mi mandante frente a los hechos de la demanda y por lo tanto no me acojo a este hecho.
- 35. No me acojo por cuanto es el derecho de postulación y por ende no es un hecho.

III. EXCEPCIONES

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE PRUEBA **CIENTÍFICA** QUE LO COMPROMETA DIRECTA O INDIRECTAMENTE: Sabido principio de derecho: quien afirma prueba, y no existe dentro del expediente carga de la prueba que lo comprometa y para el caso, esta deber ser: pericial, técnica y científica en la que conste que la causa de la muerte fue por la actuación profesional de mi cliente y en aras a que la causa de la

muerte de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE emitido por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES en su INFORME PERICIAL DE NECROPSIA No. 2013010111001001587, concluyó: CAUSA DE LA MUERTE: ESTENOSIS LARINGEA **POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO**. MANERA DE MUERTE: **VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO**. (Negrillas fuera de texto) prueba aportada por el actor y que obra a folio 79 del expediente y en virtud a que mi poderdante no causó el accidente de tránsito y menos aún la estenosis laríngea por la intubación mencionada, se le exime de cualquier responsabilidad directa e indirecta, es del caso citar el viejo adagio del derecho Romano: "Dame la prueba y te daré el derecho". Ante la ausencia de responsabilidad frente a sus actuaciones médicas, la obligación a indemnizar es inexistente y como sustento de esta excepción está el informe pericial de necropsia y el análisis técnico científico aportado con el libelo de esta contestación y la misma historia clínica.

IV. FUNDAMENTACIÓN FÁCTICA Y JURÍDICA

Previa manifestación de OPOSICIÓN Y TOTAL RECHAZO a las pretensiones y condenadas del actor por la existencia dentro del expediente de prueba documental, pericial, no impugnada y proferida por autoridad competente que para el caso es el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, sic "CAUSA DE LA MUERTE: **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.**" Lo que dilucida que este dictamen se convierta en plena prueba y que por la misma exime a mi prohijado de toda responsabilidad de indemnización económica por daños y perjuicios que pretenda hacer valer la demandante en razón a el ejercicio médico, toda vez que es a partir de la prueba pericial aportada, que se determinó la causa del fallecimiento del JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE y que es ajena al ejercicio médico impugnado y menos aún por mala praxis en su humanidad; no obstante a lo anterior, me permito sustentar jurídicamente y con los elementos de la ciencia médica porqué el actuar de mi mandante está lejos de ser inadecuado, negligente, equívoco y deficiente y menos aún que ello fuera la causa de la muerte, como lo alega el actor.

Para ello se tomará como base además de la prueba pericial aportada por el actor, la historia clínica que obra en el proceso y la que se allega con esta contestación de la demanda en copias informales toda vez que el área encargada del Hospital Simón Bolívar no se las entregaron autenticadas como exige la ley, de tal forma que acudo a su Despacho para que se sirva oficiar al hospital que el historial clínico correspondiente a JAROL ARVEY SALINASMORTEALEGRE sea

enviada conforme al artículo 175 del CPAC numeral 7, inciso 2 del párrafo 1, no obstante con base en la ley 1395/10 inc., 4 señala que se presumen auténticos los documentos privados manuscritos, firmados o elaborados por las partes. En idéntico sentido se pronuncia el artículo 244 del Código General del Proceso (ley 1564/12), en razón a que algunos folios de la historia clínica son manuscritos por mi defendido, solicito que sea tenida entonces como prueba el historial clínico allegado con la contestación de la demanda o de lo contrario se oficie a quien corresponda para que expida la autenticidad de la misma.

Obra dentro de la demanda (Folio 15) y ss., una indebida acumulación de pretensiones y hechos que narra en escrito posterior, no obstante procedo a controvertir los eventos allí narrados en total nueve (9):

AL HECHO PRIMERO: No me acojo por cuanto no obra en el expediente prueba documental de dicha remisión.

Al HECHO SEGUNDO: Este hecho CONFIRMA que tanto el paciente JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE como su familia (Madre) tenían pleno conocimiento de los antecedentes patológicos y/o secuelas producto de un trauma craneoencefálico por accidente de tránsito y que por datos consignados en el historial clínico, fue manejado en el Hospital de Kennedy en la cual le realizaron una cirugía craneal (craneotomía), que requirió permanecer en una Unidad de Cuidados Intensivos con una **intubación orotraqueal prolongada**, es decir, (conectado a una máquina de ventilación artificial) y que fue dado de alta de ese hospital con Traqueostomía por presentar una severa ESTENOSIS SUBGLÓTICA COTTON 4 (que es la máxima clasificación de estenosis laríngea),¹ esta, como consecuencia al tiempo prolongado de intubación.

La estenosis traqueal la causa más común es la intubación prolongada, asociada con la falta de personal capacitado para entender adecuadamente la presión del globo de las cánulas orotraqueales en los pacientes con asistencia mecánica ventilatoria.²

AL HECHO TERCERO: Me opongo y rechazo por que no obra prueba documental que confirme este hecho.

¹ La clasificación más utilizada en la estenosis subglótica es la de Myer y Cotton. (la de 1984 fue modificada en 1994)

	1984	1994
Grado I	0 – 50%	0 – 70%
Grado II	51 – 70%	71 – 90%
Grado III	71 – 99%	91 – 99%
Grado IV	100%	100%

² Sue RD, Susanto I. Long-term complications of artificial airways. Clin Chest Med. 2003;457-471

AL HECHO CUARTO: Me acojo a este hecho en el sentido que el 2 de abril mi poderdante llevó a cabo la cirugía de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE a quien se programó para llevar a cabo una **laringotraqueoplastia**, (que consiste en realizar una modificación quirúrgica de la laringe y tráquea con los tejidos, colocar un injerto y el stem) con base en los exámenes realizados y aportados por el paciente de otras instituciones sic **"JUNTA QUIRURGICA OTORRINOLARINGOLOGIA...FECHA: 28-06-12. HISTORIA CLINICA:** Paciente con POP (Posoperatorio) de traqueostomía por **estenosis laríngea** secundaria intubación orotraqueal prolongada causado en accidente de tránsito trae reporte de **videolaringoscopia** que muestra estenosis subglotica cotton 4, **tac de laringe con obliteración completa de subglotis...** (Negrillas y subrayado fuera de texto) **PROPUESTA DE JUNTA QUIRURGICA: Por lo anterior se decide realizar laringoplastia y stem de Montgomery...** Otorrinos del Hospital del Tunal (Folio 92) y la videolaringoscopia realizada en la Fundación Santa Fe (Folio 94), no obstante, durante el procedimiento obran importantes descripciones de los hallazgos intraquirúrgicos (folio 53). En nueva junta medico quirúrgica del servicio de otorrinolaringología, realizada en el Hospital Simón Bolívar con fecha del **31-10-2012** se evidencia en soporte de historia clínica: "Paciente con estenosis traqueal adquirida secundaria a tubo orotraqueal prolongado por TCE severo, se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal término terminal con prótesis de Montgomery **a evaluar en forma intraoperatoria**, se explica a paciente y familiar conducta la cual entiende". Firman Dr. Uriel Cortes M., Dr. Félix Becerra Camargo, Jorge Luis Alarcón B., todos médicos especialistas en ORL; como se puede evidenciar la prótesis de Montgomery era una posibilidad de tratamiento en el paciente dados los hallazgos intraoperatorios, el Dr. FELIX BECERRA mi poderdante, encontró meros anillos polifracturados por lo cual se decide realizar resección + anastomosis termino – terminal laringotraqueal... y a folio 62 Nota operatoria: Hallazgos: **subglotis y tráquea con polifragmentación de cartilagos** + abundante tejido cicatrizal. Complicaciones: **No apto para laringotraqueoplastia convencional, se realiza reconstrucción término terminal...**, y folio 49 en la que hace descripción de la técnica quirúrgica utilizada, lo anterior significa que a raíz de los hallazgos intraquirúrgicos y basado en la evidencia y en la Autonomía profesional que además le confiere la ley Estatutaria 1715/15 en su artículo 17, este era el procedimiento que de acuerdo con la lex artix, la técnica quirúrgica y la experiencia se tenía que realizar por encontrar una tráquea seriamente comprometida, discontinua, fragmentada lo que imposibilitaba totalmente el uso del stem y por ende lo decidido en el acto quirúrgico consistió en realizar una resección o corte de lo que se encontró dañado en la tráquea, hacer una anastomosis (unión) término-terminal (proximal y distal). Debe aclararse que durante una junta quirúrgica, el grupo de expertos que se reúne para determinar la conducta más apropiada a seguir con un paciente, en este caso decisión de un procedimiento quirúrgico, es una conducta lo más cercana a la realidad, de

acuerdo a los estudios previos y la sintomatología que presente el paciente; y es en el momento de la realización del procedimiento quirúrgico donde se valida si esta decisión fue la más acertada o si la misma debe replantearse de acuerdo a lo encontrado por el cirujano. La afirmación que hace la demandante obra sin soporte pericial, técnico y científico que comprometa la conducta profesional de mi poderdante y quien afirma debe probar.

AL HECHO QUINTO: Me opongo y rechazo totalmente por ser FALSAS estas afirmaciones ya que una vez dado de alta el paciente, se le programó control posoperatorio el 19/04/13 a las 10:10 a.m., es decir, 4 días después y es atendido precisamente por el Dr. FELIX BECERRA CAMARGO, (Folio 77) encontrando un paciente sin dificultad respiratoria, orofaringe normal no eritematosa, Lo que significa, que la evolución del paciente ante la complejidad del acto quirúrgico realizado es muy bueno por no decir excelente y, solicita control en 15 días con resultados, los cuales corresponderían al 6 de mayo/13, pero para esta fecha el paciente no acude al control programado en el Hospital Simón Bolívar, sino al Hospital de Kennedy como aparece relacionado en el folio (46), hecho en el cual nadie está obligado a lo imposible para imponer la asistencia a un control determinado. Es un hecho curioso que el paciente acude a diferente hospital y médico como se indica, dejando claramente probado que incumplió la orden médica.

Así mismo, el paciente acude de urgencias el 29 de abril/13 y solicitan valoración por otorrino, es valorado por el Dr. Félix Becerra, quien para entonces se encontraba de turno con impresión diagnóstica de episodio gripal, a la solicitud de exámenes de sangre, radiografías de tórax y cuello todos ellos con reportes dentro de los límites esperados, paciente estable, sin síndrome de respuesta inflamatoria sistémica ni dificultad respiratoria, le da salida; lo anterior significa que ante un episodio gripal, el galeno se **cerciora, verifica, se asegura** que el cuadro gripal, no vaya más allá de los límites esperados frente a la cirugía que se realizó en la humanidad del paciente, lo que denotan que todas sus actuaciones se desplegaron con suma prudencia y diligencia según la actuación médica de su competencia, entonces, mal hace la demandante en lanzar afirmaciones que están fuera de la verdad en cuanto a la falta de atención, abandono etc., cuando en la historia clínica se evidencia todo lo contrario.

AL HECHO SEXTO: Me opongo y rechazo por cuanto la cita de control no la genera el médico, la genera la institución y no existe prueba que sirva de soporte a dicha afirmación.

AL HECHO SÉPTIMO: Me acojo a lo aportado en la historia clínica de ingreso el 10 de mayo/13 por el servicio de urgencias (Folio 46).

AL HECHO OCTAVO: Me opongo y rechazo este hecho en el sentido de que no fue atendido por el Doctor FELIX BECERRA por no encontrarse de turno en

urgencias para el día en mención, pero si por el DR. RICARDO ANGEL OBANDO otorrinolaringólogo quien se encontraba de turno en urgencias. ((Folios 5 y 14 de Historia clínica aportada con la contestación de la demanda) y no de la forma que manipula el hecho la demandante.

AL HECHO NOVENO: Me opongo y rechazo en totalidad este hecho por su narración inconclusa, según informe pericial del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL la CAUSA DE LA MUERTE: **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.** (Folio 79) y por ende en nada compromete la conducta médica proveída por el Doctor FELIX BECERRA CAMARGO. Esta prueba riñe con la afirmación hecha por la demandante y si no es como está consignado en el informe pericial, no obra impugnación sobre la misma que desvirtúe lo dictaminado.

EN CUANTO A LA PRESUNCIÓN LEGAL DE RESPONSABILIDAD POR LA DEFECTUOSA ATENCIÓN MÉDICO ASISTENCIAL:

De la existencia de un deber jurídico de actuar: Es bien sabido que el ejercicio de la medicina es de medio, prudencia y diligencia y aduce el actor que ...el Doctor FELIX BECERRA CAMARGO, abandonó a su paciente durante el período crítico del posoperatorio mediato al no concederle citas de control, asumiendo, equivocadamente que la patología había sido superada exitosa y totalmente y no había necesidad de vigilar la evolución posoperatoria..., pues bien, esta afirmación es inconcebible en virtud a que mi cliente no es quien da citas a pacientes dentro de esa institución del Estado, pues como bien lo afirma el demandante él es un funcionario, un empleado de la misma y no es precisamente una de sus funciones ...dar cita a pacientes..., el médico le solicita al paciente que asista a un determinado control luego de un tiempo prudencial que este considere pertinente para volver a examinarlo y es potestativo del paciente solicitar los controles o la cita a quien corresponda en la institución de salud, el día que el facultativo lo ha ordenado. Esta potestad es precisamente lo que llevó a cabo JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE, que luego de ser examinado en control el 19 de abril/13, el 29 de abril/13 por urgencias y sentirse enfermo acudió a un centro asistencial diferente (Hospital de Kennedy) en la fecha aproximada al próximo control solicitado al paciente, tal como aparece en la historia clínica en el folio 50 sic "...Refiere que hace 8 días estuvo hospitalizado en H. Kennedy por cuadro similar manejado con terapia respiratoria." Considerándose que no siguió las instrucciones médicas. Hace afirmaciones gratuitas sin el cotejo de lo consignado en la historia clínica.

El acuso de abandono tampoco es dable en la medida que el historial clínico demuestra que JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE se le brindó la atención requerida de acuerdo a los lineamientos del ejercicio médico y científico por el

Doctor FELIX BECERRA CAMARGO y/o por otros médicos del servicio de otorrinolaringología de las mismas calidades científicas a las de mi prohijado.

A lo que agrega la demandante que la muerte se debió por negarle la atención médica el 10 de mayo/13.

No le asiste la razón a la demandante, toda vez que precisamente la necropsia determinó un concepto diferente como causa de muerte y no a actuación alguna al demandado, además que dentro del plenario no obra otra prueba de carácter científico que incrimine su conducta médica en cuanto al deber jurídico de actuar, más bien se denota gran pericia para el abordaje de casos clínicos complejos y muy buena praxis médica como la que efectuó en la humanidad de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE; todos estos hechos ciertos y probados lo eximen de responsabilidad alguna sobre el deceso de tal forma que el actor debe acreditar el incumplimiento, demonstrando en que consistió lo defectuoso de los servicios prestados mediante dictámenes periciales y como quiera que el resultado dado por la médica patóloga lo exime de la misma y, ante la ausencia de CULPA, se rompe el vínculo de causalidad exonerándolo de responsabilidad y por ende inexistencia a obligación de indemnizar.

Así mismo, está ausente prueba alguna que vincule al Doctor FELIX BECERRA CAMARGO a **daño antijurídico** alguno (la muerte de JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE) y como se dijo anteriormente, el ejercicio médico es una actividad de medio, prudencia y diligencia que es lo que se vislumbra en las pruebas aportadas (historia clínica, el dictamen pericial de medicina legal), donde pese a los antecedentes de salud se le brindó la asistencia médica pre, durante y pos de acuerdo con lo manifestado anteriormente lo que significa que está demostrada el cumplimiento de la prestación del servicio y de otra parte, la circunstancia de muerte fuera de las instalaciones de salud no es un hecho vinculante al ejercicio médico efectuado por mi mandante, el cual se ajustó a los mejores estándares científicos y como quiera que el motivo de la muerte está plenamente expreso en el dictamen pericial CAUSA DE LA MUERTE: **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.**, no existe nexo causal de responsabilidad subjetiva ni objetiva que se relacione con la conducta médica proveída al causante.

Hace alusión el actor, que la relación de causalidad es óbice a la no utilización del Stem por que cambió de opinión al no utilizarla y que seguramente de haberlo hecho hoy estaría vivo; pues bien, tal como se explicó en el HECHO CUARTO inherente a la indebida acumulación de pretensiones y hechos (folio 6) de la contestación de esta demanda, el paciente se presentó al hospital Simón Bolívar con exámenes provenientes de otras instituciones de salud como videolaringoscopia, tac de laringe, tac de cuello contrastado y decisiones de

juntas quirúrgicas del Hospital El Tunal que concluían "estenosis laríngea secundaria a intubación orotraqueal prolongada por accidente de tránsito, que muestra estenosis subglótica cotton 4, con obliteración completa de la subglotis" y que el procedimiento a realizar era una laringoplastia con colocación de Stem de Montgomery, no obstante, en el acto quirúrgico el cirujano Doctor FELIX BECERRA CAMARGO, encontró que los anillos de la tráquea se encontraban poli fracturados, es decir, que había una tráquea discontinua, sin solución de continuidad, por lo cual no era un paciente apto para la laringotraqueoplastia, no colocar el Stem de Montgomery propuesto y, realizar una reconstrucción término terminal. El tratamiento ideal para pacientes con estenosis de la tráquea y pérdida de la continuidad de la mucosa es resecando la porción estenótica y realizar la anastomosis término terminal.³ Esta circunstancia es exonerante de cualquier responsabilidad en virtud a la fuerza mayor o caso fortuito que no es otra cosa que un acontecimiento imprevisible e irresistible que impide al médico cumplir su obligación asistencial, en donde los caracteres de imprevisibilidad e irresistibilidad exigidos en el artículo 1 de la ley 95 de 1890 son sus elementos fundamentales. La imprevisibilidad consiste, según ha anotado la Corte, en que no haya habido razón particular para pensar que el acontecimiento se produciría, que se predica cuando con arreglo a la experiencia común no se prevé o espera el suceso.

La irresistibilidad implica la imposibilidad de imponerse al hecho, para eludir sus efectos, se requiere que el hecho sea insuperable, es decir, que deba tener una verdadera imposibilidad que le impida en forma absoluta y total la ejecución de la obligación asistencial, como en este caso que nos ocupa, de la imposibilidad de colocar el Stem de Montgomery.

Ahora bien, frente a las aseveraciones del actor en materia de la ÉTICA MÉDICA y las cuales realiza sin el debido acervo probatorio pericial, técnico y científico que dilucidara que dichas afirmaciones son ciertas, que faltó a su ejercicio profesional sin colocar sus conocimientos especializados, que abandonó el paciente, que no ordenó exámenes de control posquirúrgico cuando obra a folio 35 de la historia clínica aportada con la contestación de la demanda: evolución a las 6:20 a.m., de un paciente "...en buenas condiciones generales...evolución satisfactoria, no signos de dificultad respiratoria..." Plan: **...Nasofibrolaringoscopia control**...reportada a las 10.15 a.m., rafia traqueal en buen estado...buen espacio en área de subglotis, no escape, no suturas expuestas, por adecuada evolución se decide egreso con: 1. Cita de control en 5 días (viernes 19 de abril 2013) 2) fórmula médica clindamicina y deflazacort 3) **recomendaciones generales 4) signos de alarma** (Negrillas y subrayado fuera de texto); respecto al control del viernes 19 de ab/13, es valorado por el Doctor FELIX BECERRA CAMARGO en consulta externa del servicio de otorrinolaringología, en el cual el paciente niega dificultad respiratoria, tos ocasional y que tolera la vía oral. Al examen físico

³ Grillo C. Hermes. Surgery of trachea and Bronchi 2003; 546.

rinoscopia evidencia desviación del tabique nasal a la derecha lo cual obstruye parcialmente. Conducta cita **control con ORL en 15 días con resultados**, lo que indica que hubo solicitud y ejecución de los mismos y lo formula con beclometasona (folio 77), más el resto de historia clínica que obra en el proceso como la que se allega, con los debidos cotejos respecto a lo afirmado con lo que se encuentra consignado en la historia clínica, como en el dictamen pericial de Medicina Legal, señalan todo lo contrario a esas afirmaciones y si demuestran que es una demanda infundada, que alega hechos contrarios a la realidad, que se ajusta a lo preceptuado por el Código General del Proceso en su artículo 79 inc. 1 de **Temeridad y mala fe**, el apoderado demandante afirma y transcribe parágrafos normativos sin demostrar a ciencia cierta cuál es la prueba científica incriminatoria a la conducta profesional de mi prohijado.

De otra parte, JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALGRE había sido lo suficientemente informado, hasta el punto que había acudido con anterioridad a diferentes centros hospitalarios (Hospital de Kennedy, Hospital el Tunal, Fundación Santa Fe (folio 94), Clínica de Occidente(folio 95) y Hospital simón Bolívar) en todas esas instituciones se le había suministrado una vasta información tanto de su patología como de los procedimientos a practicarle en su humanidad, hasta el punto que obra prueba en el expediente que en el Hospital el Tunal no solo le confirmó el diagnostico que traía del Hospital de Kennedy sino que previo a la junta quirúrgica, le programó la cirugía a realizarle en ese centro (laringoplastia...) y cita con autorización para firma de consentimiento (folios 90,91,92, 93).

Tampoco es cierto, que no se le informó sobre la posibilidad de realizar la laringoplastia sin la aplicación de la prótesis traqueal, pues obra prueba documental en la historia clínica que se allega con esta contestación a folio 114 de JUNTA DE DECISIONES MEDICO QUIRURGICAS, realizada en octubre 31/12 sic "Paciente con estenosis traqueal adquirida secundario a TOT prolongada por TCE severo, se revisa historia y se considera paciente es candidato a reconstrucción traqueal termino terminal con prótesis de Montgomery **a evaluar de forma intraquirúrgica se explica al paciente y la familiar...**" circunstancia que deviene de la autonomía profesional como se adujo y que de acuerdo con lo encontrado en el campo intraquirúrgico no era posible la colocación de dicha prótesis, circunstancia que se puso en conocimiento tanto del paciente como de su familiar.

No existió coacción o engaño frente al paciente, como lo hace ver el actor, pues es prueba su propia condición física, permanente y traumática respecto a su traqueostomía y precisamente este hecho lo llevó a consultar diferentes centros hospitalarios en los cuales no solo se le diagnosticó en cada uno de ellos su padecimiento físico (estenosis subglotica cotton 4), sino que le expusieron la conducta quirúrgica a seguir.

De hecho tampoco fue inducido en error alguno, fue el mismo paciente quien tomó la determinación de acudir al hospital a fin de que le realizaran la intervención quirúrgica por presentar una grave disfunción laringotraqueal, prueba de ello es el mismo historial clínico. Mal puede aducir el actor dicha inducción o que fue agredido en su autonomía toda vez que tanto JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE como su familia eran conocedores de la clase de cirugía a la que sería sometido, hasta el punto que inclusive se iba a someter al mismo tipo de cirugía en el hospital El Tunal, entonces no es del caso aducir que se le negó la posibilidad de aceptar o rechazar el procedimiento quirúrgico y menos aún que no habían recibido información necesaria para tomar una decisión voluntaria, si precisamente había acudido a un número nada despreciable de consultas médicas y en diferentes centros hospitalarios, además de tratarse de un paciente en buenas condiciones neurológicas y cognitivas y por ende, tanto él como su familia fueron partícipes de las consultas con los especialistas quienes no a la fuerza lo llevaron a la realización del acto quirúrgico e independiente de las formalidades o no del consentimiento informado este no fue la causa de la muerte.

El Doctor FELIX BECERRA CAMARGO realizó un tratamiento adecuado y oportuno al punto que la cirugía fue óptima; al observar el posoperatorio inmediato se observa en la historia clínica un acucioso seguimiento clínico, permanente y calificado en el pre como en el posoperatorio y así es, que en la consulta del 19 de abril/13 y a la que asistió por urgencias el 29 de abril/13, el galeno se aseguró mediante exámenes de laboratorio, radiografías y nasofibrolaringoscopia que el paciente no presentara algún grado de recidiva en cuanto a estenosis, como efectivamente lo demuestra en la historia clínica; otra cosa es que el paciente no acudió a los controles según orden médica, sino que acudió a otro centro asistencial tal como data el folio 46 y por ende es desconocido cual fue el tratamiento proveído allí y nadie está obligado a lo imposible. Lo suscitado el 10 de mayo/13, en que el paciente acude al servicio de urgencias donde es atendido por el médico del servicio y por los especialistas interconsultados inherentes a otorrinolaringología y cirugía general tampoco encontraron en los exámenes específicos realizados compromiso de re estenosis traqueal y sale de la esfera de cualquier responsabilidad a mi poderdante quien no se encontraba de turno ese día.

SABIDO PRINCIPIO DE DERECHO: QUIEN AFIRMA PRUEBA, Y NO EXISTE DENTRO DEL EXPEDIENTE CARGA DE LA PRUEBA QUE LO COMPROMETA Y QUE PARA EL CASO, ESTA DEBER SER CIENTÍFICA.

V. PRUEBAS

Téngase como pruebas a favor de mi poderdante las siguientes

PRUEBAS DOCUMENTALES:

1. CERTIFICADO FORENSE EL CUAL DICE LO SIGUIENTE: informe pericial de necropsia No. 2013010111001001587 del INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Regional: BOGOTÁ, Seccional: BOGOTÁ. U. Básica: SEDE CENTRAL, cuya CAUSA DE LA MUERTE: **ESTENOSIS LARINGEA POR INTUBACION PROLONGADA POR TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO. MANERA DE MUERTE: VIOLENTA EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO.** (Folio 79) y que fue aportada por el actor que descarta cualquier tipo de responsabilidad de mi poderdante.

2. Adjunto copia de la solicitud a de la historia clínica a la Doctora YIDNEY ISABEL GARCIA RODRIGUEZ, Gerente de la Sub-Red Norte Hospital Simón Bolívar en la que se le solicita se sirva expedir copia autenticada, sin que esto se llevara a cabo, en cambio a Usted Señor Juez si le obedecerán.

3. En virtud a lo anterior, adjunto la historia clínica de JAROLD ARVEY SALINAS MINTEALEGRE en copias informales toda vez que la oficina encargada de las historias clínicas del Hospital Simón Bolívar, no las expidió hasta tanto sea requerida por el juzgado, en tal sentido acudo a su Despacho para que se sirva oficiar como prueba trasladada al hospital que el historial clínico correspondiente a JAROL ARVEY SALINASMORTEALEGRE sea enviada conforme al artículo 175 del CPAC numeral 7, inciso 2 del párrafo 1, no obstante con base en la ley 1395/10 inc., 4 señala que se presumen auténticos los documentos privados manuscritos, firmados o elaborados por las partes. En idéntico sentido se pronuncia el artículo 244 del Código General del Proceso (ley 1564/12), en razón a que algunos folios de la historia clínica son manuscritos por mi defendido, solicito que sea tenida entonces como prueba el historial clínico allegado con la contestación de la demanda o de lo contrario se oficie a quien corresponda para que expida la autenticidad de la misma.

Es PRUEBA A FAVOR DE MI MANDANTE además del informe pericial de necropsia de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la historia clínica que obra en el expediente como la que se allega con la contestación de la demanda, es una

prueba fehaciente de la buena praxis médica de mi poderdante ya que en ella se observa el manejo y cuidadoso seguimiento que realizó el Doctor FELIX BECERRA CAMARGO al paciente JAROLD ARVEY SALINAS MONTEALEGRE, en el preoperatorio como durante el posoperatorio para este tipo de pacientes sometidos a complejas cirugías como la efectuada por el facultativo, tratado en la Unidad de Cuidados Intensivos en el posoperatorio inmediato con un cuidadoso manejo y luego ya en habitación ad portas del egreso de la Institución el médico tuvo a bien asegurarse antes del egreso de que la cirugía practicada se encontrara en óptimas condiciones como efectivamente sucedió, de tal forma, que durante la recuperación pos operatoria del paciente se realizaron dos procedimientos endoscópicos por parte del servicio de otorrinolaringología que evidenciaron evolución satisfactoria sin signos de re estenosis en el área quirúrgica y dada la evolución del paciente, el mismo es dado de alta el 15-04-2013, por presentar evolución satisfactoria, procediendo a formularlo, ordenar un control en 5 días (viernes 19-04-13) y dar las recomendaciones del caso. De igual manera se evidencia que el 19-04-2013, el paciente asiste a control y al cerciorarse que su pos operatorio es satisfactorio, procede a citarle a un próximo control en 15 días, datos todos tomados y relacionados en la contestación de esta demanda. En la actualidad, la cirugía que se le realizó al paciente, reconstrucción término terminal, es el mejor tratamiento que existe para este tipo de patologías, por lo cual el uso del stem (prótesis de Montgomery) no era posible en este caso, adicionalmente es necesario que los pacientes asistan a los controles médicos ambulatorios para poder monitorear la aparición de re estenosis y por ende el tratamiento y manejo médico está lejos de ser inadecuado, negligente, equívoco y menos aún deficiente, por el contrario puso a disposición toda su pericia y especialidad en aras de lograr el mejor resultado quirúrgico como así fue, la atención prestada al paciente por parte del Dr. Becerra y todo el equipo que intervino en la misma, estuvo orientada desde un principio a garantizar una atención óptima, buscando una mejoría en su condición clínica.

3. Como quiera que el actor aduce en sus afirmaciones que mi poderdante obró con impericia, me permito aportar el Curriculum Vitae del Doctor FELIX BECERRA CAMARGO en el que consta su formación profesional como médico especializado en otorrinolaringología, docente investigador, con gran experiencia y conocimiento en cirugía reparadora y reconstructiva de cuello y de la cara, sub-especialista en cirugía plástica facial con entrenamiento en prótesis implantables y tecnología endoscópica para el tratamiento de patologías inflamatorias y tumorales de la cara, nariz, cuello, senos paranasales y base de cráneo. Cirujano con énfasis en reconstrucción de las áreas de laringe-tráquea, técnicas abiertas y técnicas endoscópicas con 15 años de experiencia laboral en instituciones de salud de III y IV nivel.

3. Téngase como **PRUEBA CIENTÍFICA** el CONCEPTO TÉCNICO CIENTÍFICO expedida por el Doctor URIEL CORTES MAYORGA MD, ORL., en su calidad de Jefe de Otorrinolaringología del Hospital Simón Bolívar en el cual prueba de manera clara y contundente la eficiencia, diligencia y pericia con que actuó mi poderdante el Doctor FÉLIX BECERRA CAMARGO.

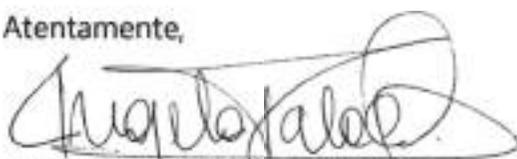
4. Adjunto nuevamente Poder para actuar

VI. ANEXOS

- 1. Anexo las pruebas documentales relacionadas en el acápite anterior.
- 2. Original y copia para el archivo de la presente contestación de la demanda.

Respetuosamente solicito se me reconozca personería jurídica.

Atentamente,



FLOR ANGELA PALACIOS URREA

T.P. No. 111.177 C.S.J.

Dirección de Notificación: Calle 23 A No. 60 – 35 apartamento 201 Interior 4. Bogotá D.C.

Teléfono: 310 6070013

Correo electrónico: fapalacios59@hotmail.com

Mi poderdante el Doctor **FÉLIX BECERRA CAMARGO** recibirá notificación en:

Calle 119 No. 7 – 14 Consultorio 423, Bogotá D.C.

Edificio Santa Ana Medical Center.