

**RV: CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO VERBAL RADICACIÓN No 080013153015-2020-00066-00**

jorge bolaño barrios &lt;joelboba2013@hotmail.com&gt;

Lun 14/12/2020 15:25

**Para:** rcorredor\_63@hotmail.com <rcorredor\_63@hotmail.com>**CC:** Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co> 16 archivos adjuntos (8 MB)

CONTESTACION DEMANADA SAN RAFAEL (1) 2 (2).pdf; PODER DRA LITYA.pdf; poder rafael maria (1).pdf; TP Dra Sierra.pdf; TP Dr Bolaño.pdf; YORLEY PACHECO SIBAJA HOSTORIA CLINICA COMPLETA.pdf; CAMARA COMERCIO CSR 07-11-2020.pdf; POLIZA 2009-2010 RC.pdf; CAMARA DE COMERCIO LIBERTY SEGUROS.pdf; PERITA DRA TRIBIÑO.pdf; DIPLOMA MÉDICO.jpg; DIPLOMA.jpg; ACTA.jpg; ACTA 2.jpg; DOCUMENTO 2.jpg; DOCUMENTO.jpg;

Enviado desde [Outlook](#)**De:** jorge bolaño barrios <joelboba2013@hotmail.com>**Enviado:** lunes, 14 de diciembre de 2020 3:20 p. m.**Para:** ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>; rcorredor\_63@hotmail-com <rcorredor\_63@hotmail-com>; Notificaciones Liberty Seguros <notificaciones@libertyseguros.notify-it.com>; CLINICA SAN RAFAEL LTDA CLINICA SAN RAFAEL LTDA <clinicasanrafaelltda@hotmail.com>; bibianna sierra vega <bibiannasierra21@hotmail.com>**Asunto:** CONTESTACIÓN DE DEMANDA PROCESO VERBAL RADICACIÓN No 080013153015-2020-00066-00

Buenas tardes, en cumplimiento del debido proceso, dentro del traslado concedido por el CGP, concordante con el Decreto 806 de 2020, enviamos la contestación de la demanda en el proceso VERBAL RADICACIÓN No 080013153015-2020-00066-00. Actuando como Abogados Titulados e Inscritos, apoderados por la IPS San Rafael y otros, me permito adjuntar PDF de los siguientes documentos para sus efectos legales:

BIBIANNA SIERRA VEGA

TP No 111.185 del CS de la J

JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS

TP No 176.128 del CS de la J

Por favor agradecemos, acusar recibo de este medio electrónico.

Señor(a):

**JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA**

E.S.D.

Referencia: **PROCESO VERBAL POR RESPONSABILIDAD MEDICA**  
Radicación: **No 080013153015-2020-00066-00**  
Demandante: **MARELBY ESTHER SIBAJA DE ALBA Y OTROS**  
Demandado: **CLINICA SAN RAFAEL LTDA. Y OTROS**

**BIBIANNA CRISTINA SIERRA VEGA**, mayor de edad, vecina del Municipio de Puerto Colombia, abogada titulada e inscrita en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi firma, y **JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, abogado titulado e inscrito en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi firma actuando como apoderados judiciales de la **CLINICA SAN RAFAEL LTDA** de Sabanalarga (Atlántico), **LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA** identificada con la C.C. No 64.543.395 de Sincelejo (Sucre) y **RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** identificado con la C.C. No 72.311.776 de Puerto Colombia, quienes han sido demandados dentro del proceso de la referencia, encontrándonos en vigencia del término legal, nos permitimos contestarla.

**FRENTE A LOS HECHOS PROPUESTOS POR LA PARTE DEMANDANTE  
RESPONDEMOS LO SIGUIENTE:**

- 1. Lo afirmado en los hechos Primero, Segundo, Tercero, Cuarto y Quinto**, algunos no son hechos concordantes e inherentes con la responsabilidad médica demandada y otros obedecen al análisis subjetivo que el togado de la parte demandante expresa, sin embargo,

anotamos que a nuestros poderdantes no les constan, y nos atenemos a lo que sea probado en el transcurso del proceso

**2. Lo exclamado en el hecho Sexto**, es cierto, empero nuestros representados complementan, evidentemente se trata de una remisión proveniente de la **ESE HOSPITAL NIÑO JESUS** de Barranquilla, plasmada en documento de remisión de pacientes a otra institución, fechado mayo 23 de 2010 a las 10:45 am, donde se puede observar que la entonces paciente **YORLEY PACHECO SIBAJA** de un año nueve meses de edad, fue trasladada a la institución **CLINICA SAN RAFAEL LTDA** por presentar las siguientes impresiones clínicas: 1. Sepsis de origen respiratorio, 2. Neumonía complicada, 3. Inminencia de falla ventilatoria, 4. Síndrome anémico. En la historia clínica de ingreso a UCI pediátrica del día 24 de mayo de 2010, siendo las 15:06, fue valorada por el Doctor **CLEMENTE BORGES SALAZAR** C.C. No 8640456 TP 725(Md especialista en pediatría), quien luego de realizar una completa historia clínica determina que se trata de una paciente en regular estado musculonutricional, con palidez cutánea, y hace una impresión diagnóstica de lactante mayor de bajo peso, síndrome de dificultad respiratoria complicada con derrame pleural, anemia transfundida. De lo anterior se puede colegir que el estado de salud de la entonces lactante mayor era crítico y ameritaba la atención en la UCI pediátrica de la institución de salud que representamos.

**3. Lo citado en los hechos Séptimo y Octavo**, son ciertos, pero nuestros representados complementan, antes de realizarse el examen mencionado por la parte demandante TAC (*La tomografía computarizada (TAC) es una prueba de diagnóstico por imágenes utilizada para crear imágenes detalladas de los órganos internos, los huesos, los tejidos blandos y los vasos sanguíneos. Las imágenes de secciones transversales generadas durante la exploración por TAC*

*pueden ser reordenadas en múltiples planos, e incluso pueden generar imágenes en tres dimensiones que se pueden ver en un monitor de computadora, imprimir en una placa o transferir a medios electrónicos. La exploración por TAC es, por lo general, el mejor método para detectar varios tipos de cánceres, ya que las imágenes le permiten a su médico confirmar la presencia y determinar el tamaño y ubicación de un tumor. La TAC es rápida, indolora, precisa, y no es invasiva. En casos de emergencia, puede identificar lesiones y hemorragias internas lo suficientemente rápido como para ayudar a salvar vidas.)<sup>1</sup>, también es preciso confirmar que a las 15:20 se le practicó una toracocentesis (Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica)<sup>2</sup>, obteniéndose 30cc de líquido purulento, el cual, se envía para su estudio mediante Test de ADA, Citoquímico, Gram, Cultivo y Látex, también ordenándose en ese momento interconsulta con cirugía pediátrica para colocación de un tubo o sonda de tórax (Una sonda pleural es un tubo flexible y hueco puesto dentro del tórax que actúa como drenaje. Las sondas pleurales permiten la salida de sangre, líquido o aire desde el espacio alrededor de los pulmones, el corazón o el esófago. La sonda alrededor del pulmón se coloca entre las costillas y dentro del espacio entre el revestimiento interior y exterior de la cavidad torácica. Esto se llama espacio pleural. Se hace para permitir que los pulmones se expandan completamente)<sup>3</sup>.*

---

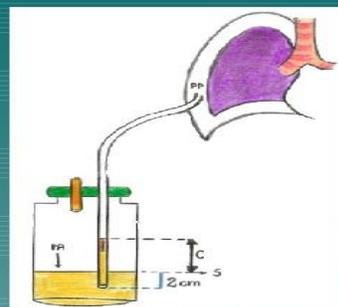
<sup>1</sup> <https://www.radiologyinfo.org/sp/submenu.cfm?pg=ctscan>

<sup>2</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003420.htm>

<sup>3</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002947.htm>

## SISTEMA DE DRENAJE PLEURAL CERRADO CON UN FRASCO

Este dispositivo consiste en un dren torácico, instalado en la cavidad pleural, unido mediante tubos flexibles y rígidos a un frasco con sello de agua; permite el drenaje unidireccional, de la cavidad pleural al exterior, por gravedad o por succión.



4. Lo mencionado en el hecho Noveno, es cierto en parte y nuestros poderdantes aclaran, la entonces paciente **YORLEY PACHECO SIBAJA**, a pesar de los procedimientos quirúrgicos y tratamiento médico realizados, aún mostraba un compromiso severo en su aparato respiratorio tal como consta en las evoluciones médicas tomadas como ejemplo así: la firmada por el Doctor **ALBERTO LOZADA MANTILLA C.C.** No 7476788 TP 1461 especialista en pediatría, a las 10:18 am así: “...pulmones con marcada disminución del murmullo vesicular del lado derecho, con crépitos<sup>4</sup> en base pulmonar derecha, con salida de material purulento por tubo de tórax”. Igualmente, en la evolución del día 27 de mayo a las 12:03, el galeno especialista en pediatría Doctor **LUIS VEGA RODRIGUEZ C.C.** No 72095413 TP 6987/90, plasmó en la historia clínica lo siguiente: “...pulmones: disminución del murmullo vesicular<sup>5</sup> del lado derecho, con crépitos en base pulmonar derecha, con tubo de tórax en costado derecho con salida de material cetrino, en escasa cantidad”.

La historia clínica evidencia taxativamente que las evoluciones médicas se cumplieron dentro de lo establecido por la lex artis para una Unidad

<sup>4</sup> Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Se escuchan cuando una persona inhala. Se cree que ocurren cuando el aire abre los espacios aéreos cerrados. Los estertores se pueden describir más ampliamente como húmedos, secos, finos o roncos.

<sup>5</sup> Es un ruido de baja intensidad y corresponde al sonido que logra llegar a la pared torácica después del filtro que ejerce el pulmón. Es suave y se ausculta durante la inspiración.

de Cuidados Intensivos, en forma diaria y permanente, las cuales, dan fe de que la evolución de la entonces paciente siempre tuvo una tendencia crítica, presentando vómitos, desnutrición, edemas, anemia, signos radiológicos y clínicos de compromiso severo en tórax, evolución hacia una falla renal, siendo todos estos la motivación para una interconsulta con cirujano pediátrico de tórax Doctor **CRISTOBAL ABELLO MUNARRIZ**, quien determinó llevarla nuevamente a cirugía para practicarle Toracotomía (apertura de tórax) derecha, decorticación (extracción de parte de la pleura), cierre de fistula broncopleural (fistula es la comunicación entre el bronquio y el espacio pleural), neumonectomía segmentaria (extracción de parte del pulmón), recesión de tejido necrótico (extracción de tejido muerto) y colocación de tubo de tórax, todo ello programado para el día 2 de junio a las 6:00pm.

Se infiere de lo anterior que lo expresado por el togado de la parte demandante “se estuvo recuperando de forma satisfactoria”; no es cierto.

5. **Lo transcrito en el hecho Décimo**, es cierto, como consta en la historia clínica el día 1 de junio de 2010 a las 13:29, el Md especialista en pediatría, Doctor **AQUILEO MANOTAS VIZCAINO** C.C. No 8633222 TP 2623 plasmó lo siguiente: “se valora con coordinador y cirujano pediatra y se programa para mañana en horas de la tarde para realizar toracotomía”.
6. **Lo expresado en el hecho Décimo Primero**, es cierto en parte, pero nuestros representados aclaran, la paciente es trasladada a las 17:00 a la unidad quirúrgica, según notas de enfermería de la auxiliar de enfermería, **DELSY MARIA OLIVERO FERNANDEZ** C.C. No 32847462 TP No 8025. A las 17:05 según registro de anestesia, se somete a un

procedimiento denominado inducción anestésica, donde la médica anesthesióloga Doctora **NAYIBE MARIAN CHARENEK SOLANO**, ordena la inyección de un medicamento hipnótico denominado Pentotal, acompañado de un relajante muscular de nombre farmacológico Vecuronio, procediendo luego de ello a una intubación orotraqueal sin ningún tipo de complicación, dando inicio a un proceso anestésico que posibilitara el acto quirúrgico programado.

- 7. Lo plasmado en el hecho Décimo Segundo**, no es cierto, no existe en la historia clínica evidencia de un procedimiento de intubación orotraqueal a las 14:00 horas, ya que si observamos en evolución médica a esa hora se plasma “gases de las 14:00 dentro de parámetros normales, BUN y creatinina igualmente altos” , de esto se infiere que la paciente no ameritaba en ese momento dicha intubación ya que los gases arteriales (*Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre.*)<sup>6</sup> se encontraban normales, también como prueba en contrario encontramos en notas de enfermería a las 14:00 horas, lo siguiente: “recibe Vancomicina 150 mg IV lento recibe Dipirona 250 mg IV lento”.

Lo que a continuación se narra en este hecho por parte del abogado representante de la contraparte, son manifestaciones subjetivas sin soporte técnico ni bibliográfico que le permita precisar con certeza este hecho.

En ningún momento la IPS que representamos ha reconocido una mala colocación del tubo orotraqueal introducido por la anesthesióloga referenciada, en el inicio de su acto anestésico, si analizamos en profundidad la historia clínica encontramos que la paciente siempre tuvo saturaciones de oxígeno ideales en el intra y en el postoperatorio

---

<sup>6</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003855.htm>

que oscilaron entre 99 y 100 % concretamente, y creo que es a lo que hace alusión el togado demandante, el día 3 de junio de 2010 a las 10:29, donde presentaba una saturación periférica de oxígeno de un 100 %, momento este en que el Md neonatólogo, Doctor **MARTIN BALZA OHISEN** C.C. No 8722036 TP 3645, escribió en la historia clínica lo siguiente: “a su ingreso a la UCI se realiza RX de tórax y se constata tubo orotraqueal muy introducido a nivel de la carina”, quiero dejar claro, cómo médico especialista en anestesiología y reanimación que soy, y abogado titulado e inscrito como aparece al pie de mi firma en este documento, que el hecho de que el tubo estuviese a nivel de la carina no significa que la entonces paciente estuviese mal intubada, porque en ningún momento se dio una intubación selectiva del bronquio derecho (de mayor diámetro y más vertical), como tampoco del bronquio izquierdo (oblicuo y de menor diámetro), ya que de haber sido así, se hubiese detectado en la radiografía de tórax que se le practicó en el postoperatorio inmediato en la UCI, además si ello se diera, la paciente presentaría una atelectasia (*Es el colapso de una parte o, con menor frecuencia, de todo el pulmón*)<sup>7</sup>, situación que tampoco se detectó en la radiografía mencionada.

Al final de este hecho se afirma que la supuesta mala colocación del tubo orotraqueal fue la causa de un paro cardiorespiratorio y que ello llevó a dejar el cerebro de la entonces paciente sin oxígeno ocasionándole daño neurológico; dicha afirmación es subjetiva, toda vez que un paro cardiorespiratorio intraoperatorio se puede dar inclusive en pacientes normales, y en el caso concreto, la gravedad del normal funcionamiento del aparato respiratorio, aunado a la infección sistémica que presentaba la niña **YARLEY PACHECO SIBAJA** aumentan de forma vertical la posibilidad de una morbimortalidad intraoperatoria.

---

<sup>7</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000065.htm>

8. Lo afirmado en el hecho **Décimo Tercero**, no es cierto, se hace una afirmación subjetiva por parte del togado de la parte demandante, sin el debido soporte científico, tomando como referencia las anotaciones de la auxiliar de enfermería **SANDRA TAMAYO DITTA** C.C. No 32853849 TP 32787, tal como aparece en la imagen extraída mediante fotografía del documento original.

Fecha Hora: 2010/06/02 17:15 Entorno: Cirugía

2010-06-02 17:00: dra charanek anestesiolega administra anestesia general iv se admkministra pentotal mas vecuronio iv se conecta oxigeno por mascara bajo efecto de anestesia general dra charanek procede a rentubar con tubo orotraqueal 4,5 , verifica intubacion y lo fija lo conecta a maquina de anestesia mas alogenados

2010-06-02 17:15: dr abello realiza asepsia y antisepsia en region torax dr abello realiza incision para colocar cateter con intento fallido paciente se desatura

2010-06-02 18:00: dr abello inicia procedimiento con incision abriendo plano a plano hasta llegar a cavidad

2010-06-02 18:45: dr abello realiza toracotomia abierta , verifica hemostasia cierre plano a plano hasta llegar a piel

2010-06-02 18:50: dr abello realiza incision para colocar cateter femoral . Termina procedimiento

2010-06-02 19:00: paciente que en procediento quirurgico realiza actividad electrica sin pulso acompañado de bradicardia que mejora con la administración de medicamentos se administra atropina 1 → 0.1 0.1 mg iv se administar adrenalina mas bicarbonato paciente erealiza leve shock hipovolemico por sangrado sde 75cc aproximadamente .Realizan manobras de reanimacion en conjunto Dra Charanek y Dr Abello.

2010-06-02 19:30: se traslada a uci neonato intubada con oxigeno por ambu mas bala de oxigeno por tallil con sonda nasogastrica a drenaje libre tubo a torax conectado a pleurovak cateter central femoral- en cuna de transporte en compañía de anestesiolego y auxiliar

*Sandra Tamayo*

Sandra Tamayo Ditta  
CC 32853849 T. Prof. 32787  
Auxiliar de Enfermería

Fecha Hora: 2010/06/03 00:00 Entorno: UCI Pediátrica

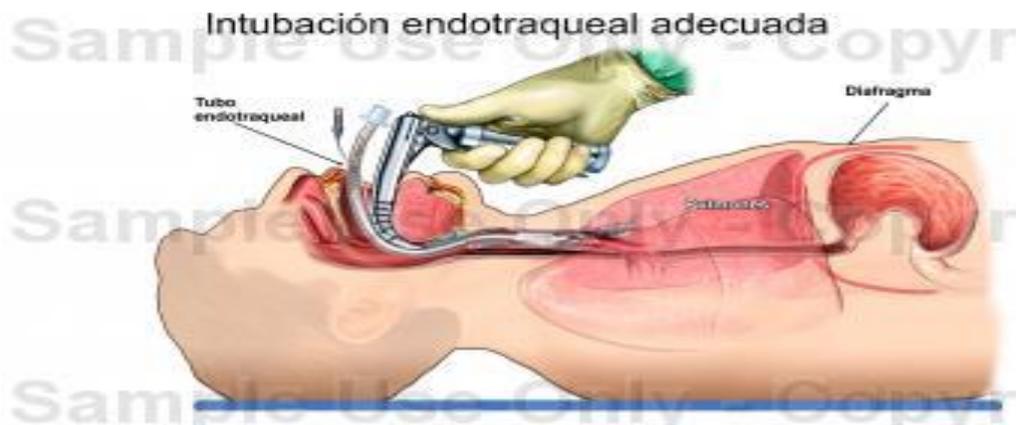
2010-06-02 19:10: SELE INTALA TRASFUSION SANGUINIA CON 110 CC CON SELLO DE CALIDAD 45036 N BOLSA 55375

**FIEL COPIA DE SU ORIGINAL**

Dichas consideraciones subjetivas, se realizan sin tener en cuenta lo escrito en la historia clínica por parte de los médicos especialistas actores de ese proceso médico, en especial lo consignado en la descripción quirúrgica y la hoja de registro de anestesia.

Analizando lo escrito por la Auxiliar de enfermería, observamos que a las 17:00 horas del 2 de junio de 2010, la Md especialista en anestesiología Doctora **NAYIBE CHARANEK**, inicia la inducción de la anestesia previa oxigenación con máscara, procediendo a ordenar que

se inyecte un agente hipnótico (pentotal sódico) acompañado de un relajante muscular denominado Vecuronio, situación que es normal en todo procedimiento bajo anestesia general, este procedimiento permite al especialista en anestesiología proceder a una intubación orotraqueal o endotraqueal, la cual, es necesaria para a través de este, conectado a la máquina de anestesia, pasar oxígeno y agentes halogenados anestésicos que hacen posible la segunda etapa de la anestesia general denominada mantenimiento. La auxiliar coloca el termino rentubar por desconocimiento involuntario del léxico medico anestesiológico, ya que la denominación real es intubación orotraqueal o endotraqueal (paso del tubo orotraqueal a través de las cuerdas vocales contenidas en la laringe, para luego ser introducido hasta la tráquea).



Posterior al inicio del acto anestésico y bajo mantenimiento de la anestesia, la auxiliar de enfermería describe el procedimiento quirúrgico efectuado por el Cirujano pediátrico de tórax, Doctor **CRISTOBAL ABELLO MUNARRIZ**, concluyendo a las 18:50 que el citado galeno finaliza su intervención quirúrgica.

Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso aclarar que nuestros representados cumplieron con los requisitos que imponen la

responsabilidad vertical y horizontal, enmarcado dentro del cumplimiento de los protocolos y guías de manejo para este tipo de patologías.

**9. Lo descrito en el hecho Décimo Cuarto**, es parcialmente cierto, nuestros representados aclaran: lo que realmente ocurrió según consta en la historia clínica específicamente en el registro de anestesia es que la paciente una vez terminado el procedimiento quirúrgico presentó una actividad eléctrica sin pulso, la cual, es una arritmia y si es tratada a tiempo, se retoma nuevamente la actividad cardiaca eléctrica y mecánica, situación que se dio en la entonces paciente toda vez que los médicos especialistas actuantes procedieron a maniobras farmacológicas y mecánicas que lograron inmediatamente revertir esta patología. La ciencia médica la define así: *“la actividad eléctrica sin pulso es un ritmo de buen pronóstico si se logra encontrar la causa subyacente, la que casi siempre existe. Se ha visto, mediante estudios ultrasonográficos, que hay actividad de contracción mecánica pero tan mínima que no genera un pulso palpable”*.<sup>8</sup> Desde el punto de vista de la ciencia anestesiológica, la condición de la entonces paciente era crítica, y era de esperarse este tipo de riesgos permitidos en pacientes ASA III (clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología, que permite medir el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes sometidos a anestesia. El ASA III es descrito así en la siguiente grafica<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> American Heart Association. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) Science With Treatment Recommendations Circulation. Volume 112, Issue 22 Supplement; November 29, 2005.

Dager WE. Pharmacotherapy considerations in advanced cardiac life support. Pharmacotherapy. 2006; 26(12): 1703- 1729.

<sup>9</sup> [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/sistema\\_de\\_clasificacion\\_asa.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/sistema_de_clasificacion_asa.pdf)

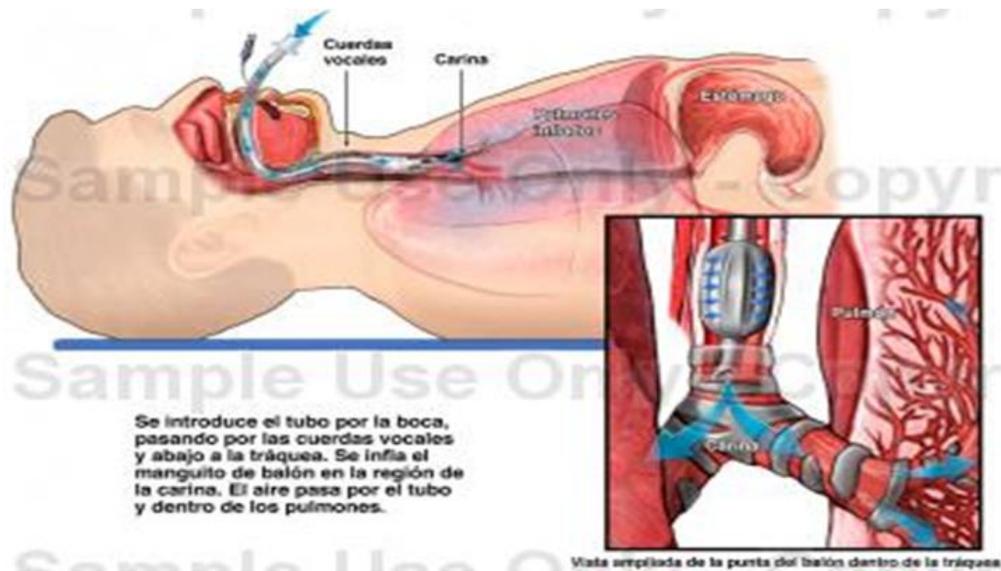
#### SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Clase I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

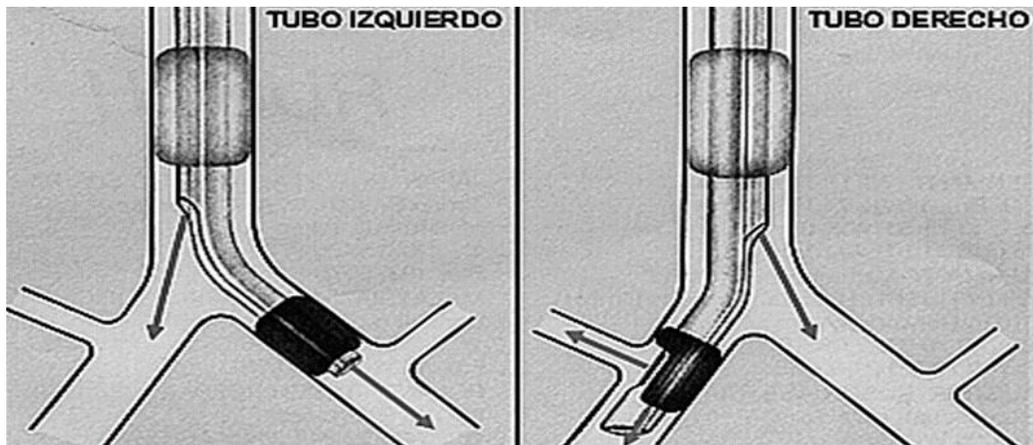
Se infiere de lo anterior que lo expresado por el togado demandante es un concepto subjetivo, el cual, no está soportado por ningún elemento probatorio.

**10. Lo afirmado en el hecho Décimo Quinto**, es cierto, pero nuestros representados aclaran: Cuando un paciente pediátrico ingresa intubado a la UCI pediátrica, el protocolo determina una Rx de control, evento que sucedió en el caso en estudio, demostrándose que el tubo no estaba mal colocado, como pretende esbozar la contraparte, sino, que reposaba su parte distal o balón inflable en la región anatómica denominada carina, que no es más que la zona anatómica final de la tráquea, como se muestra en la siguiente imagen.



**11. Lo indicado en el hecho Décimo Sexto**, no es cierto, ya que, es muy frecuente que en los niños los tubos orotraqueales migren o se deslicen un poco más en la tráquea, pero ello no tiene ningún significado <importante siempre y cuando el tubo no se introduzca en los bronquios, situación en la cual estaríamos frente a una intubación selectiva, evento que nunca ocurrió en la humanidad de la menor **YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**. En la siguiente imagen se observa lo que es una intubación selectiva de bronquio izquierdo y bronquio derecho, lo que de darse en un paciente produce una atelectasia (Es el colapso de una parte o, con menor frecuencia, de todo el pulmón)<sup>10</sup>, lo cual, nunca ocurrió.

<sup>10</sup> <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000065.htm>



Se deduce de lo anterior que la paciente nunca fue intubada incorrectamente y mucho menos que se dio un mal procedimiento médico, lo que ocurrió fue una variante que se encontraba dentro de los parámetros de normalidad para este tipo de técnica.

**12. Lo estipulado en el hecho Décimo Séptimo,** no es cierto, es una manifestación subjetiva de la parte demandante, propia de su carga argumentativa, sin tener la competencia para ello y sin acompañamiento probatorio por lo tanto deberá probarlo en el transcurso del proceso verbal de la referencia.

**13. Lo expresado en los hechos Décimo Octavo y Décimo Noveno,** son ciertos en parte y nuestros representados aclaran: En ningún momento a **YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA** se le realizó algo grave como lo manifiesta el togado demandante así: “evidentemente una de las señales de que algo muy grave le habían hecho a la menor”, lo que realmente ocurría eran signos y síntomas propios de una evolución neurológica tórpida, muy frecuentes en pacientes con el estado de gravedad en que se encontraba desde el día que ingresó, pues era portadora de una desnutrición severa, anemia, neumonía grave asociada a insuficiencia respiratoria aguda, patologías que sumadas

llevan a un desequilibrio marcado de la homeostasis corporal, desencadenando fenómenos fisiopatológicos que aumentan exponencialmente el grado de morbimortalidad en estas edades pediátricas.

**14. Lo afirmado en los hechos Vigésimo y Vigésimo Primero,** no son propiamente hechos, son manifestaciones subjetivas elaboradas por la parte demandante, fundamentadas en aspectos meramente quejosos, los cuales respetamos, pero que, dentro del derecho procesal, y específicamente en este proceso verbal, deben ser probadas en el transcurso de la litis generada por la demanda entablada por el togado apoderado de la parte demandante.

**15. Lo plasmado en el hecho Vigésimo Segundo,** es cierto en parte, nuestros representados complementan: La paciente **YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, en ese momento histórico había evolucionado a un cuadro neurológico secundario a sus patologías graves de base, la colocación de una férula de yeso en los pies, tiene una explicación desde el punto de vista de la fisioterapia, toda vez era necesaria para impedir lesiones mucho mayores en el aparato locomotor de la menor, ello independiente de la patología respiratoria, la cual, había evolucionado hacia una mejoría evidenciada por el traslado a hospitalización libre de la intubación orotraqueal, todo esto gracias al eficiente y eficaz manejo interdisciplinario de los profesionales de la salud adscritos a la institución de salud que representamos.

**16. Lo expresado en el hecho Vigésimo Tercero,** no es cierto, la menor a su ingreso presentaba una condición clínica crítica, y no “un simple problema respiratorio” tal como lo expresa el apoderado judicial de la parte demandante, como prueba de ello lo plasmado en la historia

clínica de ingreso a la UCI pediátrica el día 24 de mayo de 2010, donde se establecen los siguientes diagnósticos: 1. Lactante mayor de bajo peso; 2. Síndrome de dificultad respiratoria por neumonía complicada a derrame pleural; 3. Anemia transfundida. Con signos de dificultad respiratoria, taquipneica, con tirajes intercostales, pulmones con disminución del murmullo vesicular del lado derecho, con crépitos en base pulmonar derecha. Todo lo anterior prueba desde el punto de vista clínico que los galenos de la UCI pediátrica de la institución que representamos evidenciaron un cuadro clínico multifactorial, que hizo necesario un tratamiento agresivo interdisciplinario, hasta el punto de realizar la colocación de un tubo de tórax, y posteriormente una cirugía de pulmón denominada decorticación más neumonectomía, sin la cual, el pronóstico hubiese sido más crítico.

Es de anotar que estos cuadros clínicos severos, ameritan internación en cuidados intensivos para un seguimiento continuo de las patologías descritas, y es evidente que día a día pueden surgir situaciones no presentes al inicio, propias de las evoluciones tórpidas e inesperadas en la ciencia médica.

**17. Lo estipulado en los hechos Vigésimo Cuarto, Vigésimo Quinto, Vigésimo Sexto y Vigésimo Séptimo,** no son ciertos, son manifestaciones subjetivas de la parte demandante, propia de su carga argumentativa, sin tener la competencia para ello y sin acompañamiento probatorio por lo tanto deberá probarlo en el transcurso del proceso verbal de la referencia.

**18. Lo plasmado en los hechos Vigésimo Octavo al Trigésimo Tercero,** no le constan a nuestros representados, se trata de una serie de hechos no concordantes con el proceso de atención médica brindado a la menor **YORLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, la mayoría de ellos subjetivos

propios de la carga argumentativa de la parte demandante, sin tener la competencia médica para ello y sin acompañamiento probatorio por lo tanto deberá probarlo en el transcurso del proceso verbal de la referencia.

### **FRENTE A LAS PRETENSIONES**

En nuestra calidad de apoderados judiciales de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA, LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA y RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones evidenciadas en la demanda.

Si su Señoría, durante el curso del proceso llegare a desestimar las mismas, le solicitamos muy respetuosamente, condenar a la parte demandante en costas judiciales y agencias en derecho.

### **OBJECCIÓN RAZONADA AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Queremos manifestar al despacho que formulamos objeción al juramento estimatorio de perjuicios y/o a la cuantía señalada en el libelo de la demanda, para el evento en que el despacho estime que los demandantes cumplieron con el requisito previsto en el artículo 206 del CGP. En cualquier caso, nos oponemos a la cuantía de las pretensiones de la demanda por cuanto la entidad que representamos nada debe a la parte demandante.

La estimación de los supuestos perjuicios que se plasman en la demanda corresponde a una simple apreciación sin razones ni fundamentos probatorios de ninguna clase, por lo que no se cumplió la carga procesal prevista en el artículo 206 del CGP.

## FUNDAMENTOS MÉDICOS

Con todo el respeto que merece su Señoría, en aras de aclarar lo sucedido en el caso que nos entroniza en este litigio, quiero humildemente, y con el uso de la competencia científica que me otorga la doble condición profesional que por Ley ostento; Abogado Titulado e inscrito (TP 176.128 del C.S. de la J) y Medico Anestesiólogo y Reanimador (ICFES 000268/90), aportar al proceso reseñas bibliográficas que delimiten el significado concreto de las patologías que aquejó la menor hija de la demandante.<sup>11</sup>

Para ilustrar al despacho, iniciamos este acápite de fundamentos médicos estableciendo una precisión del estado de salud de la menor **YARLEY PACHECO SIBAJA** al ser recibida en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Institución que representamos. La historia clínica plasma un cuadro crítico de salud secundario a un grupo de patologías o enfermedades con alto grado de letalidad, por lo que encontramos las siguientes impresiones diagnósticas a su ingreso:

1. Lactante mayor de bajo peso (desnutrición); 2. Síndrome de dificultad respiratoria por neumonía complicada a derrame pleural; 3. Anemia transfundida. Con signos de dificultad respiratoria, taquipneica, con tirajes intercostales, pulmones con disminución del murmullo vesicular del lado derecho, con crépitos en base pulmonar derecha.

Lo anterior denota un cuadro clínico multifactorial, el cual, colocaba a la entonces paciente en un desequilibrio homeostático, de impredecible resultado y que ameritaba un tratamiento médico quirúrgico agresivo por parte del grupo interdisciplinario de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA.**, lo cual, se dio ceñido a *lex artis*, y por ello se pudo salvar la vida de la menor. A continuación, recurriremos a la bibliografía científica vigente para comprender profundamente en que situación clínica se encontraba la menor.

---

<sup>11</sup> Jorge Eliecer Bolaño Barrios, Médico Anestesiólogo y Reanimador, abogado titulado e inscrito.

Procederemos a establecer definiciones de las diferentes patologías anotadas en la historia clínica, para demostrar que el entonces paciente tenía un pronóstico muy reservado por la alta morbimortalidad que ellas representan.

## 1. ¿Qué es la Desnutrición?:

“La desnutrición proteínico-energética (DPE) es una enfermedad sistémica que afecta a todos los órganos y sistemas del ser humano; es ocasionada por la reducción drástica, aguda o crónica de la disponibilidad de alimentos, sea por una ingestión insuficiente, la inadecuada absorción de nutrimentos o la pérdida excesiva de éstos, o bien, por la conjunción de dos o más de estos factores.”<sup>1213</sup>

“La desnutrición infantil es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la infancia en todo el mundo; se ve agravada por las diarreas y otras infecciones, ya que estas -agudas o crónicas- causan anorexia y merman la energía necesaria para el crecimiento y desarrollo de los niños”.<sup>14</sup>

La niña **YORLEY PACHECO SIBAJA**, al momento de ingresar a la IPS que representamos, presentaba un grado de desnutrición que favorecía el desarrollo del fenómeno patológico infeccioso que cursaba en su integridad corporal, y ello aumentaba exponencialmente los riesgos de morbimortalidad ya presentes en esa instancia de su vida.

---

<sup>12</sup> Meijers JM, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Soeters PB, Halfens RJ. Defining malnutrition: mission or mission impossible? *Nutrition* 2010; 26: 432-40

<sup>13</sup> Vásquez-Garibay EM, Romero-Velarde E, Stein K. Estrategias de manejo de la desnutrición proteínico-energética primaria grave. En: Vásquez Garibay E, Romero-Velarde E, Editores. *La nutrición pediátrica en América Latina*. Nestlé Nutrition Workshop LATAM, Vol. 1. Programa de Pediatría. Editorial Intersistemas, 1ª Ed. SA de CV, Vevey, Switzerland: Nestec Ltd., y México, D.F., 2008: 254-67.

<sup>14</sup> Latham MC. Nutrición e infección, salud y enfermedad. En: Tontisirin K. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. 3ra. ed. Roma: FAO; 2010. p. 25-33.

## 2. ¿Cuál es la asociación entre desnutrición y enfermedades infecciosas?

La desnutrición es una entidad que favorece la presencia de muchas enfermedades a nivel de los diferentes órganos de la economía corporal, primordialmente los pulmones: “Se ha demostrado en animales de experimentación que la deprivación alimentaria-nutricional disminuye la cantidad y calidad de algunos componentes del surfactante alveolar (fosfatidilcolina), aun antes de que aparezcan alteraciones de la superficie alveolar.<sup>11</sup> Este hecho tiene importancia clínica, pues una dificultad en la síntesis y la secreción del surfactante en un enfermo pulmonar puede contribuir a la aparición de atelectasias y empeorar el proceso”.<sup>15</sup>

Lo anterior, se suma a otra serie de daños estructurales en las barreras naturales de defensa que tienen los pulmones, y es así como sucede lo que a continuación se transcribe: “Sufren daños de consideración las células ciliadas, que ante un déficit energético reducen sus movimientos de ascenso de secreciones y partículas. Las células caliciformes productoras de mucus disminuyen la cantidad y calidad de éste con pérdida del poder adherente de gérmenes. Los linfocitos B pueden afectar la producción de IgA respiratoria. Todo ello puede condicionar las siguientes situaciones clínicas: 1. Tendencia al acumulo de secreciones respiratorias contaminadas. 2. Presencia y persistencia de tos no útil. 3. Arribo de microorganismos patógenos al subsistema respiratorio, tanto de origen externo (entorno intrahospitalario y extrahospitalario) como interno (broncoaspiración, traslocación desde el subsistema digestivo)”<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Bassili MR, Deitel M. Effect of nutritional support on weaning patients of mechanical ventilation. JPEN 2004; 5:161-3.

<sup>16</sup><http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/809/669#:~:text=DESNUTRICI%C3%93N%20E%20INFECCIONES%20RESPIRATORIAS.,del%20poder%20adherente%20de%20g%C3%A9rmenes.>

Lo anterior demuestra el territorio fértil para complicaciones inherentes a sus patologías, aún se instaurarán tratamientos agresivos medico quirúrgicos; como se hizo en este caso concreto.

### 3. ¿Qué es la neumonía complicada en pediatría?

La neumonía adquirida en la comunidad es una infección frecuente en la infancia. Se define como aquella enfermedad inflamatoria del parénquima pulmonar de etiología infecciosa y adquisición extrahospitalaria. Podemos diferenciarla conceptualmente de la neumonía nosocomial o intrahospitalaria, que tiene lugar a partir de las 48-72 horas del ingreso hospitalario. **Definimos como neumonía complicada a aquella que presenta: derrame pleural, absceso pulmonar o necrosis parenquimatosa**. Se ha visto que en los últimos años ha aumentado la proporción de neumonías complicadas, principalmente empiema y, en menor medida, formas necrotizantes. La complicación más frecuente de todas ellas es el derrame pleural, siendo *Streptococcus pneumoniae* el principal agente etiológico, aunque los serotipos han ido variando a lo largo del tiempo con la introducción de las distintas vacunas frente a este microorganismo. En la Comunidad de Madrid se ha evidenciado un descenso en la incidencia de enfermedad neumocócica invasora por los serotipos 1, 19A y 7F. Otro agente etiológico cuya incidencia también está aumentando es *Staphylococcus aureus*, incluidas cepas resistentes a metilicina y productoras de factores de virulencia como la leucocidina de Panton-Valentine (PVL), causantes de procesos de mayor gravedad. *Streptococcus pyogenes* también es un microorganismo frecuente relacionado con neumonías complicadas. La neumonía necrotizante es una complicación menos frecuente en niños. El principal agente etiológico implicado también es *S. pneumoniae*, además de *S.*

pyogenes y *S. aureus*. Otros microorganismos menos frecuentes son *Mycoplasma pneumoniae* y microorganismos anaerobios. El absceso pulmonar es una complicación infrecuente. Los agentes etiológicos implicados son *S. aureus*, anaerobios, *S. pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, etc.<sup>17</sup>

La neumonía es una patología muy frecuente en los niños de nuestro medio. Definimos la neumonía grave como aquellos niños que precisan ingreso hospitalario, y neumonía de presentación muy grave los que precisan ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátrica. Dentro de los agentes bacterianos, *Streptococcus pneumoniae* es la bacteria predominante en los niños hospitalizados. *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia pneumoniae* representan un 10 % de los niños hospitalizados con neumonía. *Bordetella pertussis*, aunque no muy frecuente, puede producir en las lactantes neumonías muy graves, a veces mortales. Las neumonías virales, principalmente por virus respiratorio sincitial y adenovirus son una causa más frecuente en niños de insuficiencia respiratoria grave que las bacterianas. En algunos niños hospitalizados con neumonía persisten las manifestaciones clínicas de fiebre, distrés respiratorio o sepsis a pesar de un tratamiento médico adecuado. Uno de los motivos es el desarrollo de complicaciones supurativas que incluyen los derrames paraneumónicos complicados, y las complicaciones parenquimatosas como la neumonía necrosante y el absceso pulmonar.<sup>18</sup>

Esta patología es muy grave, y por ello fue necesario además del tratamiento con antibióticos, procedimientos quirúrgicos torácicos.

---

<sup>17</sup>file:///C:/Users/Jorge%20Bola%C3%B1o%20Barrios/Downloads/protocolo%20neumonia%20complicada%20pediatria\_junio2020%20(1).pdf

<sup>18</sup> <https://www.analesdepediatria.org/es-neumonia-comunitaria-grave-articulo-13046472>

## **¿Qué es la anemia?**

La anemia es la disminución del número de glóbulos rojos (y por tanto, de la concentración de hemoglobina circulante) con respecto a la media que corresponde a su edad y sexo. La hemoglobina es el pigmento férrico de los glóbulos rojos, mediante el cual estos distribuyen el oxígeno a los tejidos de nuestro organismo, por lo que los pacientes con anemia tienen una menor capacidad de transportar oxígeno a sus tejidos. “La falta de hierro es una de sus principales causas, con una prevalencia estimada del 10-20%. La ferropenia es la deficiencia nutricional más frecuente en el mundo”.

Sumada a la desnutrición y la infección, la menor presentaba un cuadro anémico, el cual, lamentablemente desfavoreció la normal oxigenación de los tejidos, ya que la hemoglobina es el vehículo transportador del oxígeno.

## **¿Qué es anemia ferropénica del lactante?**

Se debe a una deficiencia de hierro, sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina de los glóbulos rojos. La causa más frecuente de ferropenia, con o sin anemia, es una ingesta alimentaria insuficiente o incorrecta, lo que podemos sospechar realizando una encuesta dietética adecuada.<sup>19</sup>

La anterior enfermedad, es propiciada por la desnutrición, convirtiéndose en otra causa de incremento de morbimortalidad.

---

<sup>19</sup> <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Pediatria/anemia-del-lactante#:~:text=Anemia%20ferrop%C3%A9nica%20del%20lactante,realizando%20una%20encuesta%20diet%C3%A9tica%20adecuada.>

## ¿Qué es insuficiencia respiratoria aguda?

El síndrome de dificultad respiratoria aguda es una enfermedad con baja incidencia, pero elevada mortalidad, determinada por la disfunción orgánica secundaria a un fenómeno hipóxico refractario y mantenido. Se distinguen dentro de sus formas clínicas las pulmonares y las extrapulmonares. La búsqueda de un tratamiento eficaz es una constante inquietud, al respecto están vigentes pilares fundamentales, dentro de los que se encuentran: modificar los factores de riesgo, identificar la enfermedad responsable y tratarla, mantener el medio interno (volemia, electrolitos, equilibrio ácido básico y nutrición) en niveles óptimos, el uso de la ventilación artificial con todas sus estrategias protectoras, la estabilización hemodinámica y el manejo minucioso de drogas inotrópicas. Resulta imprescindible destacar la importancia de que el personal médico y paramédico pueda identificar los síntomas y signos que constituyen el substrato de la enfermedad, con el objetivo de actuar de manera precoz sobre ellos y evitar de este modo la progresión de la hipoxemia. Esta revisión pretende describir y actualizar la evolución de los conceptos sobre dicho síndrome, en particular lo relacionado con la población pediátrica.<sup>20</sup>

La falla ventilatoria, consecuencia de la patología infecciosa, hizo necesario su hospitalización en UCI, ya que tenía muchos de los siguientes criterios:

---

<sup>20</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000100126](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100126)

## ¿Cuáles son Los criterios de ingreso en UCIP son?

- Saturación de oxígeno en sangre arterial # 92 % con fracción inspiratoria de O<sub>2</sub> > 0,6.
- Distrés respiratorio grave.
- Signos de agotamiento respiratorio. Respiración irregular o apneas.
- Presencia de shock.<sup>21</sup>

Todos estos signos estaban presentes en la menor, así que su remisión, y hospitalización en UCIP de la IPS Clínica San Rafael estaba muy justificada.

Finalmente, en este acápite queremos dejar muy claro, que la perito y testigos que presentamos tienen las competencias requeridas para dar claridad en este proceso, y solicitamos formalmente se declare su presencia en este litigio.

De lo todo anterior, se puede inferir que el Acumulo de patologías que cursaban en el organismo de la menor, eran potencialmente letales, y de la suma o sinergia de ellas surgió la secuela que hoy porta la entonces paciente.

## CAUSAL DE JUSTIFICACIÓN POR EJERCICIO LEGITIMO DE UNA ACTIVIDAD LÍCITA

Se trata de responsabilizar a nuestros representados, en ocasión a la actuación que se desplegó en la atención de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, quien lastimosamente, presentó una evolución decreciente en su estado neurológico, secundario a un cuadro clínico

---

<sup>21</sup> <https://www.analesdepediatria.org/es-neumonia-comunitaria-grave-articulo-13046472>

complicado por la presencia de varias patologías graves, muy a pesar de los manejos médicos eficientes recibidos en la institución que representamos.

Las causales de justificación del daño se encuentran previstas en el ordenamiento jurídico, claro está, en materia de responsabilidad civil, su desarrollo ha sido doctrinal y jurisprudencial, y por medio de las cuales, se entiende que el presunto actor del daño actuó legítimamente, a pesar de las circunstancias que rodearon el caso en particular, y cuya consecuencia es que no asuma responsabilidad frente al hecho dañino.

En las causales de exclusión antijurídica el agente obra en condiciones normales de imputabilidad, obra con voluntad consciente, pero su acto no es delictivo por ser justo, ajustado en derecho, la situación especial en que cometió el hecho constituye una causa de justificación de su conducta. Como consecuencia de la ilicitud de esta no será posible exigirle responsabilidad alguna, ni penal, ni siquiera civil, pues del que obra conforme a derecho no puede decirse que ofenda o lesione intereses jurídicos ajenos.

En materia de responsabilidad médica, importante es determinar las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que se desarrollaron los hechos, en aras de hacer un estudio riguroso sobre cada una de las conductas de los actores objeto de reproche; sin embargo, es necesario tener siempre presente, que el ejercicio lícito de la medicina implica una serie de riesgos, que nunca desaparecerán, y que son deber de quien se somete a un tratamiento o procedimiento médico quirúrgico conocerlos y minimizarlos, la forma de hacerlo, es consultar profesionales bien entrenados y acudir a instituciones prestadoras de salud habilitadas y reconocidas para ejercer la actividad médica, bajo la observancia de las recomendaciones e indicaciones que hagan los profesionales de la medicina.

Se entiende el riesgo como la proximidad o posibilidad que se presente un daño. En materia médica, siempre existirá la posibilidad que se genere un riesgo, como consecuencia de la conducta desarrollada por el facultativo, aunque en términos de porcentaje, puede suceder que su incidencia sea muy baja, y como consecuencia de su simple existencia, no se le puede atribuir

responsabilidad al médico quien ejecuta su conducta de una manera diligente y prudente.

Los facultativos hoy en día hablan de resultados adversos, ya con esta concepción de riesgo permitido, no dejan de prever la existencia de estos, durante un tratamiento o procedimiento, sino, que se esmeran en prevenir su resultado y las consecuencias negativas que pueden generar, nunca se trata de desconocerlos o llegar al absurdo que el profesional de la salud deba asumirlos si se presentan, ya que sería desnaturalizar por completo el ejercicio de la medicina. Mucho menos en el caso concreto que nos ocupa, donde se evidencia en la historia clínica de la entidad que representamos, se dio un tratamiento adecuado para las patologías descritas que poseía la entonces paciente, muy graves y que alteran el funcionamiento de órganos y sistemas como lo son, respiratorio, neurológico, inmunológico, hematológico, y otros muy importantes en el mantenimiento de una homeostasis corporal.

La previsibilidad del daño en consecuencia adquiere connotaciones especiales, ya que no se convierte en previsible aquello que tiene una referencia o un antecedente, el solo reporte de una complicación no genera que deje de ser imprevisible. Hay que estudiar el caso en concreto, para determinar los efectos de riesgo inherente, ya que la particularidad definirá conductas, en medicina los riesgos simplemente son típicos o atípicos, la imprevisibilidad hace referencia que, si bien existe una descripción a cerca de las posibles complicaciones, lo cierto es que no se presente de acuerdo con las condiciones particulares del paciente.

**LUIS DIEZ-PICAZO y PONCE DE LEON.** Derecho de Daños. Civitas Ediciones. Madrid. España. 1999, frente al tema en comento enseñan:

En materia de responsabilidad por daños, especialmente cuando se refiere a la responsabilidad por culpa, solo se responde de aquellos que hubieran podido y debido preverse. La previsibilidad es una condición de la responsabilidad, y a la inversa la imprevisibilidad es un factor de exoneración. - Cuando

un daño es previsible, surgen para el eventual dañante especiales deberes de prevención y evitación. Tales deberes solo se aplican cuando el daño es previsible, y, por tanto, cualquier enjuiciamiento sobre la inevitabilidad esta fuera si el daño no resulta previsible. El hecho de que la evitabilidad y los deberes de prevención sean consecuencia de la previsibilidad determina que las condiciones de evitabilidad deban ser medidas en el momento de la previsibilidad y no en ningún otro momento anterior.

## EXCEPCIONES DE FONDO

- **AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD**

Para que se establezca una responsabilidad en cabeza de nuestros representados, se debe hacer un estudio a partir de los elementos que la conforman.

En el caso bajo estudio, se trata de responsabilizar a la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA, LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA y RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** por el comportamiento activo desplegado por los galenos adscritos en la atención de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, en procura de recuperar su estado de salud integral y demás complicaciones presentadas, en otras palabras, mejorar su estado de salud, realizando actuaciones contempladas en la Lex Artis.

En materia de responsabilidad, es necesario indagar sobre elementos generadores de la misma, en aras de confirmarla o descartarla.

El primer elemento que se debe analizar es el acto, es decir, el hecho generador de responsabilidad, en el caso que nos ocupa, se trata de la atención médica prestada, ante una remisión y contra remisión de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, la cual, ameritaba una Unidad de

Cuidados Intensivos Pediátrica habilitada como lo es la de la institución que representamos.

El segundo elemento de la responsabilidad es el daño, que en este caso particular se configuraría en las complicaciones presentadas en la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, a raíz de las graves patologías preexistentes al momento de su internación en la institución que representamos, pero en este punto, la parte demandante se ha esforzado en relacionar todos los eventos sin el juicio lógico y probatorio correspondiente.

Y, por último, la relación de causalidad, es decir, la relación de causa – efecto entre la atención brindada y los supuestos daños generados al paciente. No existe en el escrito de la demanda, un juicio lógico que relacione las conductas que se generaron en torno a la atención que se le brindó a la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, por parte de la **UCIP** de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, **LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA** y **RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** simplemente se presentan una serie de especulaciones sin el soporte probatorio y científico correspondiente.

Es importante recordar en este punto la Teoría de la Equivalencia de las Condiciones, por medio de la cual, todas las causas directas y ocasionales son relevantes al momento de analizar y fallar un caso de responsabilidad. Sin embargo, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil en retirados fallos jurisprudenciales ha fijado como criterio para el estudio del nexo de causalidad la Teoría de la Causalidad Adecuada, al respecto en fallo del 30 de marzo de 1993 se estableció:

Para determinar la relación de causalidad, cuando media pluralidad de hechos o de culpas, cuestión que, en ocasiones, suele presentar serias dificultades, la doctrina dominante acoge el criterio de las consecuencias adecuadas, expuesto por Von Kries a finales del siglo pasado, sin excluir otros criterios, que no es del caso relacionar, pero que no siempre conducen a resultados equitativos. Según el criterio de la causalidad adecuada tan solo puede estimarse efectos de una causa

aquellos que según las reglas del sentido común y de la experiencia suelen ser resultado normal. Se acude pues a las leyes naturales.

De lo que sí existe suficiente evidencia en la Historia Clínica proveniente de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, es el cumplimiento diligente y prudente de las obligaciones propias del personal a cargo de la atención de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, lo que destierra cualquier principio de responsabilidad que se le quiera atribuir a nuestros representados.

En el caso bajo estudio, se quiere responsabilizar a la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, **LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA** y **RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** por una supuesta mala atención de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**, debido a una serie de consecuencias previstas y anunciadas, generadas dentro del riesgo permitido, y que lastimosamente caminaron conjuntamente con un resultado no deseado.

- **ABUSO DEL DERECHO POR TEMERIDAD.**

De lo consignado en la demanda se nota claramente que se quiere establecer una relación de causalidad inexistente entre la conducta desplegada por la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, **LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA** y **RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** en el proceso de la atención de la menor **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**; y es evidente que nuestros poderdantes actuaron apegados al marco definido por la profesión médica y la Lex Artis, sin que le puedan tachar su actuación. Lo que conlleva a desestimar las pretensiones de la demanda, y en su defecto condenar a la parte demandante por temeridad. En este momento del desarrollo de la contestación de la demanda, queremos llamar la atención del Honorable Juez en el sentido que el Señor **RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO**, ha sido demandado injustificadamente, ya que, no es representante legal de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, tampoco es profesional de la salud, sólo es un dependiente administrativo, y en ningún momento se le ha mencionado en los hechos de

la demanda, siendo esto así, nos permitimos solicitarle respetuosamente sea exonerado de cualquier tipo de responsabilidad civil concerniente en el caso que nos ocupa.

Al respecto la sentencia T-655/98 de la Corte Constitucional ha establecido:

La jurisprudencia constitucional ha estimado que la actuación temeraria es aquella que vulnera el principio constitucional de la buena fe y, por tanto, ha sido entendida como “la actitud de quien demanda o ejerce el derecho de contradicción a sabiendas de que carece de razones para hacerlo, o asume actitudes dilatorias con el fin de entorpecer el desarrollo ordenado y ágil del proceso. En estas circunstancias, la actuación temeraria ha sido calificada por la Corte como aquella que supone una “actitud torticera”, que “delata un propósito desleal de obtener la satisfacción del interés individual a toda costa”, que expresa un abuso del derecho porque “deliberadamente y sin tener razón, de mala fe se instaura la acción”, o, finalmente, constituye “un asalto inescrupuloso a la buena fe de los administradores de justicia”. La temeridad es una situación que debe ser cuidadosamente valorada por los jueces con el fin de no incurrir en situaciones injustas.

- **EXCEPCION INNOMINADA**

Nos acogemos a la que resulte probada dentro del curso del proceso.

## PRUEBAS

- **PRUEBAS SOLICITADAS**

En nuestra condición de apoderados judiciales de la **I.P.S CLINICA SAN RAFAEL LTDA, LITYA DEL CARMEN ROMERO DE MARIA y RAFAEL AUGUSTO MARIA ROMERO** nos permitimos solicitar se decreten y se practiquen las siguientes pruebas:

1. Prueba Documental

- a) Se aporta copia digital completa de Historia Clínica completa, perteneciente a la entonces paciente para que sea decretada como prueba en la audiencia inicial, y sirva como elemento probatorio de la respuesta dada a los hechos que comprometan directamente a nuestros representados.

2. Prueba Pericial

- a) Se aporta dictamen pericial, suscrito por la Doctora **LADY GISELLA TRIVIÑO BARRIOS** médica especialista en pediatría, identificada con CC No 22.657.151 de Barranquilla (Atlántico), el cual, solicitamos sea decretado como elemento probatorio; ya que el dictamen contiene información científica y técnica que va a permitirle a su Señoría tener claridad sobre los hechos que contiene la demanda. Se localiza en la Carrera 42 No 76-225 edificio Palma Luna, Barrio Ciudad Jardín y su email es draladygtb@gmail.com.

3. Prueba Testimonial

- a) Se decrete la prueba testimonial y se cite a la audiencia correspondiente, al Médico y Cirujano, especialista en pediatría, Doctor **AQUILEO MANOTAS VIZCAINO**, identificado con la C.C.

No 8.633.222 y TP No 2623, en calidad de testigo presencial; para que narre lo que conozca de los hechos de la demanda que comprometen a los demandados que representamos. Se localiza en la Calle 20 No 16-42 Sabanalarga Atlántico; teléfono 8783544, email: contabilidad@csr.com.co y manotasaquileo@hotmail.com.

- b) Se decrete la prueba testimonial y se cite a la audiencia correspondiente, al Médico Pediatra Neonatólogo, Doctor **MARTIN BALZA OHISEN**, identificado con la C.C. No 8.722.036, TP No 3645, en calidad de testigo presencial; para que narre lo que conozca de los hechos de la demanda que comprometen a los demandados que representamos. Se localiza en la Calle 20 No 16-42 Sabanalarga Atlántico; teléfono 8783544, email: contabilidad@csr.com.co y martinbalza2@hotmail.com.

Finalmente, solicitamos respetuosamente a su Señoría se nos permita participar activamente en todos los interrogatorios y contrainterrogatorios que se puedan realizar en el momento del desarrollo de los aspectos probatorios solicitados por la parte demandante y por nosotros, siempre y cuando sean decretados por Usted.

## **ANEXOS**

1. Poder judicial de cada uno de nuestros poderdantes.
2. Certificado de existencia y representación legal, Cámara de Comercio de la **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA.**

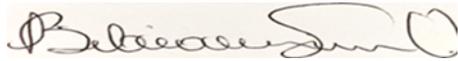
3. Copia completa de la historia clínica generada por **IPS CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, de la entonces paciente **YARLEY MICHEL PACHECO SIBAJA**.
4. Documento de llamamiento en garantía a la aseguradora **LIBERTY SEGUROS SA**.

### NOTIFICACIONES

Nuestros clientes recibirán notificaciones en la calle 20 No 16 – 42 de Sabanalarga (Atlántico),

y la suscrita en la Carrera 26 No 3ª-272 torre 3 apto 104 conjunto Torres de Villa Campestre, del Municipio de Puerto Colombia, emails: bibiannasierra21@hotmail.com y joelboba2013@hotmail.com, celulares: 3008374967 y 3116511202

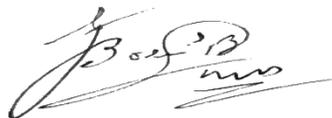
Atentamente,



**BIBIANA CRISTINA SIERRA VEGA**

C.C. No 30.660.274 de Loricá (Córdoba)

T.P. 111185 del C.S. de la J.



**JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS**

C.C. No 8.707.251 de Barranquilla (Atlántico)

Abogado T.P. 176128 C.S. de la J.

Médico especialista en Anestesiología y Reanimación

ICFES 000268/90

Señor(a):

**JUZGADO QUINCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA**

E.S.D.

Referencia: **LLAMAMIENTO EN GARANTIA**  
Radicación: **No 080013153015-2020-00066-00**  
Demandante: **MARELBY ESTHER SIBAJA DE ALBA Y OTROS**  
Demandado: **CLINICA SAN RAFAEL LTDA. Y OTROS**

**BIBIANNA CRISTINA SIERRA VEGA**, mayor de edad, vecina del Municipio de Puerto Colombia, abogada en ejercicio, identificada como aparece al pie de mi firma, y **JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS**, mayor de edad, vecino de esta ciudad, abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de su firma, actuando como apoderados judiciales de la **CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, quien ha sido demandada, en el proceso de la referencia, encontrándonos en vigencia del término legal, nos permitimos formular **LLAMAMIENTO EN GARANTIA** a **LIBERTY SEGUROS S.A** , para que se vincule y responda por los eventuales perjuicios que se deriven de la presente actuación procesal, en virtud del contrato de seguros celebrado con nuestra representada, según los siguientes:

#### **HECHOS:**

1. La **CLINICA SAN RAFAEL LTDA** fue demandada dentro el proceso de la referencia.
2. La parte accionante considera, que la actuación de la **CLINICA SAN RAFAEL LTDA**, condicionó los perjuicios que solicitan a través de este proceso verbal.

3. La **CLINICA SAN RAFAEL LTDA** celebró un contrato de seguros de responsabilidad civil profesional con **LIBERTY SEGUROS S.A**, tal como consta en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales No 890000, referencia 33-45737.

### **PRETENSION**

De conformidad con los hechos narrados anteriormente, le solicito a usted Señor Juez, se sirva **LLAMAR EN GARANTIA** a **LIBERTY SEGUROS S.A**, **NIT: 860039988-0**, compañía aseguradora, con el fin de que responda por los eventuales perjuicios materiales e inmateriales, que se puedan derivar de la demanda, en virtud del contrato de seguros celebrado entre esta entidad y nuestra poderdante.

### **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

Invocamos la aplicación del CGP y demás normas concordantes y complementarias.

### **PRUEBAS**

Se adjuntan los siguientes documentos:

1. Copia de la póliza número 890000, correspondiente a la cobertura de la fecha en que ocurrieron los hechos.
2. Certificado de existencia y representación de **LIBERTY SEGUROS S.A**.

## DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

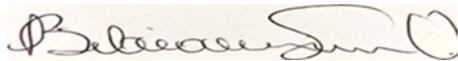
**LIBERTY SEGUROS S.A.** en la Carrera 54 No 72-147 de la ciudad de Barranquilla, dirección para efectos judiciales, correos electrónicos: fianzas.siniestros@libertycolombia.com  
atencion.cliente@libertycolombia.com.

Los suscritos, recibiremos notificaciones en la secretaría de su despacho, o en la oficina ubicada en la Carrera 26 No 3 A- 272 torre 3 apto 104 Conjunto Torres de Villa Campestre, en el Municipio de Puerto Colombia, celular 3008374967. Emails:

bibiannasierra21@hotmail.com

joelboba2013@hotmail.com

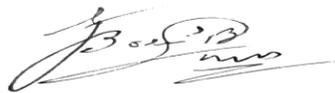
Cordialmente,



**BIBIANA CRISTINA SIERRA VEGA**

C.C. No 30.660.274 de Lorica (Córdoba)

T.P. 111185 del C.S. de la J.



**JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS**

C.C. No 8.707.251 de Barranquilla (Atlántico)

Abogado T.P. 176128 C.S. de la J.

Médico y cirujano Registro MSP No 14045-85

Médico especialista en Anestesiología y Reanimación

ICFES 000268/90