

Señor Juez
JUZGADO SESENTA Y TRES (63) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO BOGOTA.
SECCION TERCERA
COMPLEJO JUDICIAL CAN
E.S.D.

PROCESO: ACCION DE REPARACION DIRECTA
DEMANDANTE: JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ Y OTROS
DEMANDADOS: SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE Y OTROS.

RADICADO: 11001-33-43-063-2019-00267-00

CONTESTACION REFORMA DE LA DEMANDA A CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO. IPS ROMA

JOSE DEL CARMEN BERNAL CALVO, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 33.274 expedida en Bogotá y con Tarjeta Profesional N° 33.274 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de APODERADO judicial de la demandada: **CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBSIDIO", Corporación privada sin ánimo de lucro**, identificado con Cédula de Ciudadanía número 19.258.731 de Bogotá, portador de la Tarjeta Profesional De Abogado número 33.274 del Consejo Superior De La Judicatura, de acuerdo a poder otorgado por el Representante Legal de mi representada, el cual obra en el expediente, respetuosamente manifiesto que procedo dentro de la oportunidad legal a **CONTESTAR LA REFORMA DEMANDA** en los siguientes términos:

I. TÉRMINO Y OPORTUNIDAD PARA LA CONTESTACION DE LA REFORMA:

Mediante auto del 21 de octubre de 2020, notificado por estado del 22 de octubre de 2020, se notificó a las partes admisión de la Reforma de la demanda, y se nos corrió traslado por el termino de 15 días para los efectos, por lo que esta contestación a la Reforma de la demanda se Presenta dentro del plazo legal.

Como quiera que la Reforma de la Demanda versa sobre la modificación de:

- a. Las Declaraciones y Condenas
- b. Pruebas

En primer lugar, nos pronunciamos específicamente sobre los apartes reformados.

1. SOBRE LAS PRETENSIONES. Declaraciones y Condenas.

Me opongo expresamente a todas las pretensiones propuestas por la parte actora en la demanda y la Reforma a la demanda que ha dado origen al presente proceso, porque frente a mi representada carecen de fundamento jurídico y de respaldo probatorio y fáctico, tal como se demostrará a lo largo del proceso.

Además, en aras de la defensa, asumo como propias todas las razones de defensa plasmadas por los demás demandados en su contestación de la demanda ante su Despacho, tanto en relación con los argumentos planteados en cuanto a los hechos y pretensiones de la demanda, como en relación con las excepciones propuestas, dirigidas todas a desvirtuar los argumentos jurídicos y los supuestos de hecho en que ellos se fundan.

Respecto de los hechos de la demanda, por contener algunas situaciones ajenas a mi representada, manifiesto expresamente que nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

No obstante, se manifiesta que según la información con la que cuenta mi Representada, la prestación de los servicios de salud por parte de mi representada, se realizó cumpliendo con los estándares médicos de acuerdo con los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de atención de cada una de las Entidades Prestadoras.

El demandante incluye dentro de los daños se le reconozca el Daño a bienes constitucionalmente reconocidos en favor de cada uno de los demandantes, sin embargo, de acuerdo a los hechos de la demanda, no esta acreditado que se cumplan los requisitos jurisprudenciales para que he dicho daño se haya consolidado:

El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados deben tener las siguientes características:

i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial.

ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales.

iii) Es un daño autónomo: no depende de otras categorías de daños, porque no está condicionado a la configuración de otros tradicionalmente reconocidos, como los perjuicios materiales, el daño a la salud y el daño moral, ni depende del agotamiento previo de otros requisitos, ya que su concreción se realiza mediante presupuestos de configuración propios, que se comprueban o acreditan en cada situación fáctica particular.

iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva: los efectos del daño se manifiestan en el tiempo, de acuerdo al grado de intensidad de la afectación, esto es, el impedimento para la víctima directa e indirecta de gozar y disfrutar plena y legítimamente de sus derechos constitucionales y convencionales, concluye la sentencia (C.P. Marta Nubia Velásquez CE Sección Tercera, Sentencia 25000232600020050245301 (34554), Mar. 09/16.

Por lo que en tal sentido solicitamos a su despacho no considerar la cuantificación expuesta de dicho daño y en caso tal se cuantifique conforme a los daños que hipotéticamente se hubieran causado de acuerdo a los lineamientos de la jurisprudencia.

a. Pruebas

Nos reservamos la posibilidad de controvertir las pruebas aportadas con la reforma de la demanda en la oportunidad procesal correspondiente.

2. RATIFICACION CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA EFECTUADO A NUESTRO ASEGURADOR.

Nos ratificamos en la contestación efectuada (Sobre los hechos, pretensiones y excepciones propuestas, Solicitud de pruebas, así como llamamiento en garantía efectuado a nuestro asegurador) y ya radicados ante el despacho.

CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES A CARGO DE LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO IPS.

Ley 100 de 1993 artículo 185

CAPÍTULO II

De las instituciones prestadoras de servicios de salud

ARTICULO. 185.-Instituciones prestadoras de servicios de salud. Son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las instituciones prestadoras de servicios 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.

Para que una entidad pueda constituirse como institución prestadora de servicios de salud deberá **cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.**

PARAGRAFO.-Toda institución prestadora de servicios de salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las entidades promotoras de salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

Ley 1438 de 2011 Artículo 3.

Artículo 3º. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

3.1 **Universalidad.** El Sistema General de Seguridad (Sic) Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

3.2 **Solidaridad.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

3.3 **Igualdad.** El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.4 **Obligatoriedad.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 **Prevalencia de derechos.** Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 **Enfoque diferencial.** El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.7 **Equidad.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y

condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

3.9 Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.10 Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

3.11 Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

3.14 Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

3.15 Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

3.16 Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.17 Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

3.18 Irrenunciabilidad. El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.

3.19 Intersectorialidad. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

3.20 Prevención. Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y la prestación de los servicios de salud.

3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Decreto 1011 de 2006.

TITULO II SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCSARTÍCULO 3o .- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la

mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: 1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. 3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. 4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. 5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles: 1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. 2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. 3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. ARTÍCULO 34°.- TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones: 1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma. 2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad. 3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Tal y como se demostrará dentro del proceso que nos ocupa, Colsubsidio y todas sus IPS han cumplido de manera integral con los componentes que integran el sistema obligatorio de calidad, y las normas generales y particulares exigibles a este tipo de prestador, por haberse prestado la atención a la paciente NINI JOHANA SANCHEZ MORENO dentro del marco exigible.

Todas las IPS cuentan con Registro Nacional de Salud, y con el protocolo de auditorías internas y externas que conforme a la ley se deben practicar con la finalidad de **minimizar los riesgos propios de los servicios que se prestan** y de acuerdo a la historia clínica

del paciente el servicio se prestó con calidad y eficiencia de acuerdo a la reglamentación aplicable y conforme a todos los protocolos exigibles.

III.-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

1. SOBRE LAS PRETENSIONES.

Me opongo expresamente a todas las pretensiones propuestas por la parte actora en la demanda que ha dado origen al presente proceso, porque frente a mi representada carecen de fundamento jurídico y de respaldo probatorio y fáctico, tal como se demostrará a lo largo del proceso.

Además, en aras de la defensa, asumo como propias todas las razones de defensa plasmadas por los demás demandados en su contestación de la demanda ante su Despacho, tanto en relación con los argumentos planteados en cuanto a los hechos y pretensiones de la demanda, como en relación con las excepciones propuestas, dirigidas todas a desvirtuar los argumentos jurídicos y los supuestos de hecho en que ellos se fundan.

Respecto de los hechos de la demanda, por contener algunas situaciones ajenas a mi representada, manifiesto expresamente que nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

No obstante se manifiesta que según la información con la que cuenta mi Representada, la prestación de los servicios de salud por parte de mi representada, se realizó cumpliendo con los estándares médicos de acuerdo con los parámetros de eficiencia y calidad correspondientes al nivel de atención de cada una de las Entidades Prestadoras.

2. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

1. No me consta., Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
2. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
3. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
4. No me consta., Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
5. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
6. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
7. No me consta., Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
8. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
9. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
10. No me consta., Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

11. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
12. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
13. Es cierto conforme a los registros administrativos con los que cuenta mi representada y a lo que obra en la historia clínica de la paciente.
14. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso, se refieren a una atención recibida por el Paciente en la IPS Roma de mi representada, el 9 de mayo del año 2017., por lo que en tal sentido y de conformidad con los antecedentes y las atenciones brindadas que obran en la historia clínica del paciente, mi Representada actuó conforme le era exigible y de acuerdo a la patología identificada en oportunidad, por lo que el desenlace en la salud de la Señora Sanchez no corresponden a una conducta u misión de Colsubsidio ni de su IPS. No es Cierto que no se realizó ningún examen, tal y como obra en la historia clínica. La Valoración medica es un examen pertinente para el diagnóstico.
15. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso. Se resalta que el legrado al que alude el Apoderado, debe probarse con la historia clínica y en todo caso data de más de un año atrás a la atención requerida en mayo de 2017.por cuanto dice haber sido realizado en abril de 2016.
16. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso, de conformidad con los antecedentes y las atenciones brindadas que obran en la historia clínica del paciente, mi Representada actuó conforme le era exigible y de acuerdo a la patología identificada ya que el profesional de la salud realiza su diagnóstico basado también en su experiencia, en los síntomas y signos vitales del paciente, y lo más importantes que en la historia clínica se consignó que al no ser de acuerdo a la valoración una patología que debiera ser tratada en Urgencias, le señalo de manera clara los signos de alarma, y le ordeno pedir control por medicina interna. Recordemos que el escenario de Urgencias es para situaciones donde esté en riesgo la vida de manera inminente, por lo que el desenlace en la salud de la Señora Sanchez no corresponden a una conducta u misión de Colsubsidio. No es Cierto que no se realizó ningún examen, tal y como obra en la historia clínica.
17. No es cierto y no es un hecho. Es una apreciación subjetiva equivocada del apoderado de la parte demandante. De acuerdo a la orden de salida se cumplieron los protocolos para Urgencias y se prestó el servicio de salud de acuerdo a la sintomatología con la que se presentó la paciente.
18. No es cierto y no es un hecho. Es una apreciación subjetiva equivocada del apoderado de la parte demandante. Por el contrario, deja en evidencia la contradicción con el Hecho 14 de la demanda, donde refiere lo informado por la paciente y donde se deduce que la paciente no informo del Sangrado al que alude el apoderado en el Hecho 18. Así mismo el que en la historia clínica figurara un legrado de mes de abril de 2016 no es un hecho determinante que obligue al médico tratante a ordenar una prueba de embarazo, ya que para ello se hacen las preguntas de rigor dentro de la valoración de la paciente de acuerdo a lo que obra en la historia clínica. De acuerdo a la orden de salida se cumplieron los protocolos para Urgencias y se prestó el servicio de salud de acuerdo a la sintomatología con la que se presentó la paciente.
19. No es cierto y no es un hecho. Es una apreciación subjetiva equivocada del apoderado de la parte demandante. De acuerdo a la orden de salida se cumplieron

los protocolos para la Atención en Urgencias y se prestó el servicio de salud de acuerdo a la sintomatología con la que se presentó la paciente.

20. De acuerdo al Hecho planteado por el apoderado solicitamos a su despacho tener por probado que a pesar de lo ordenado por la profesional de Salud de la IPS ROMA y de enlistarle los signos de alarma que debían obligarla a volver por urgencias, y la orden impartida a la paciente que debía ir por consulta externa, de manera poco cuidados con su salud y saltando el deber de autocuidado que debe tener todo paciente, solo hasta el 16 de mayo es decir 7 días después volvió a la IPS Roma, sin haber acudido a la cita por consulta Externa que se le ordeno, dejando que su cuadro médico agravara con 7 días de evolución. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica.
21. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica.
22. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica. Se reitera y deja en evidencia que la paciente desconoció las recomendaciones de egreso que le dio la Medico de la IPS en su primera consulta el 9 de mayo de 2017 y dejo que su cuadro clínico empeorara con 7 días de evolución negativa y volvió por urgencia cuando el cuadro ya tenía probabilidades de recuperación reservadas.
23. No es cierto. Es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica. Se reitera y deja en evidencia que la paciente desconoció las recomendaciones de egreso que le dio la Medico de la IPS en su primera consulta el 9 de mayo de 2017 y dejo que su cuadro clínico empeorara con 7 días de evolución negativa y volvió por urgencias sin haber atendido las recomendaciones de egreso e ir a consulta Externa.
24. No es cierto. Es una Apreciación sin fundamento del apoderado de la parte demandante. Tal y como se demostrará a lo largo del proceso a la paciente se le brindo una atención de calidad y se siguieron los protocolos de Atención en Urgencias de la IPS Roma, en concordancia con la Lex Artis y el cuadro clínico de la paciente.
25. No es cierto. Es una Apreciación sin fundamento del apoderado de la parte demandante. Tal y como se demostrará a lo largo del proceso a la paciente se le brindo una atención de calidad y se siguieron los protocolos de Atención en Urgencias de la IPS Roma.
26. No es cierto. Es una Apreciación sin fundamento del apoderado de la parte demandante. Tal y como se demostrará a lo largo del proceso a la paciente se le brindo una atención de calidad y se siguieron los protocolos de Atención en Urgencias de la IPS Roma.
27. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
28. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente. Se Pone de Presente al Despacho nuevamente la falta de Autocuidado del Paciente ya que nuevamente sin atender lo recomendado y sin pedir cita por consulta externa espero del 16 de mayo de 2017 al 4 de junio de 2017 es decir 19 días después de su ultimo ingreso, y permaneciendo con síntomas que al parecer le aquejaban, y 26 días desde su primer ingreso a urgencias, para volver a consultar nuevamente por Urgencias, lo cual va en contra de todos los protocolos de atención y deberes del Paciente quien también tiene un deber de responsabilidad con su propia salud, ya que denota y prueba este hecho, que efectivamente la atención del 9 de mayo de 2017 no era urgencia vital, y que la paciente debió seguir la orden del médico de Urgencias de tomar su consulta externa, instancia concebida para diagnosticar las patologías que no comprometan la vida y que si la paciente hubiera obedecido el escenario sería diferente. Conforme a la historia clínica si la paciente para el 4 de junio de 2017 tenia 5.5. semanas de embarazo, da como fecha probable de concepción la última semana de abril. Se resalta que en la historia clínica se consignó lo que la paciente informo, y es que refiere manchado y NO SANGRADO. se resalta de la misma forma que NIEGA FIEBRE. Nuevamente de manera acertada los profesionales de la Salud que atendieron a la paciente ante los síntomas por ella informados, Y UNA VEZ

- REALIZADA LA VALORACION Y EXAMEN MEDICO, no podían atender su padecimiento por urgencias por no ser una urgencia vital, sintomatología que debía ser valorada por consulta externa como desde el principio se le Prescribió.
29. No es cierto, el Examen médico y el del especialista en obstetricia, se considera un examen pertinente y conducente para el diagnóstico clínico. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
 30. No es cierto, es una apreciación equivocada el apoderado de la parte demandante. Resulta cuestionable que si la paciente había referido igualmente amenorrea no hubiera ido a su médico asignado por lea EPS y no por urgencias a practicarse los exámenes de rutina y por consulta externa para conocer la causa de su amenorrea y en tal sentido hacerse los exámenes clínicos correspondientes.
 31. No es cierto, el Examen médico y el del especialista en obstetricia, se considera un examen pertinente y conducente para el diagnóstico clínico. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente. Se reitera que se cumplieron las guías de atención y protocolos de manejo de Urgencias.
 32. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
 33. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
 34. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente. Se precisa que ante la amenaza de aborto el reposo es parte de las instrucciones medicas a seguir.
 35. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
 36. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente.
 37. Nos atenemos a lo que obre en la Historia Clínica del paciente. No es cierto que en todos los casos de amenaza de aborto se deba prescribir el citado examen tal y como se demostrara a lo largo del proceso.
 38. No es cierto tal y como lo expresa el Apoderado de la demandante. El citado examen no es un examen que deba siempre ser realizado en Urgencias ya que se puede realizar en consulta externa si no hay síntomas que den alerta al profesional sobre que la vida del paciente corre peligro como lo era en este caso de acuerdo a la historia clínica.
 39. No es cierto tal y como lo expresa el Apoderado de la demandante. El citado examen no es un examen que deba siempre ser realizado en Urgencias ya que se puede realizar en consulta externa si no hay síntomas que den alerta al profesional sobre que la vida del paciente corre peligro como lo era en este caso de acuerdo a la historia clínica.
 40. Este hecho denota nuevamente as contradicciones en las que incurre el apoderado de la parte demandante, ya que en el hecho 35 indican que no le dieron instrucciones de salida ni signos de alerta, pero en el hecho 40 dice que a la paciente le ordenaron reposo total indicándole que ante la agravación de los síntomas debía ir por urgencia, situación que comprueba que el cuadro clínico de la paciente era estable y que de acuerdo a las guías de manejo de urgencias no podía ser tratada en urgencias y que su vida no corrió peligro inminente por lo que debía ser atendida por consulta externa.
 41. Nos atenemos a lo que obre en la Historia clínica. Como está establecido en los procedimientos de atención en salud todos aquellos procedimientos que requieran autorización y que se deban practicar fuera de urgencias, deben tramitarse por el paciente o su acudiente.
 42. Nos atenemos a lo que se pruebe, Sin embargo, la citada guía va en consonancia con la Historia clínica y los paraclínicos ordenados por los profesionales de la salud que atendieron a la paciente, ya que una vez que se diagnosticó oportunamente amenaza de aborto se le dio orden para la citada Ecografía y se descartó patología infecciosa de acuerdo a la valoración del médico de urgencias.
 43. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 44. Nos atenemos a lo que se pruebe, Sin embargo, la citada guía va en consonancia con la Historia clínica y los paraclínicos ordenados por los profesionales de la salud que atendieron a la paciente, ya que una vez que se diagnosticó oportunamente

- amenaza de aborto se le dio orden para la citada Ecografía y se descartó patología infecciosa de acuerdo a la valoración del médico de urgencias.
45. No es cierto. Es una apreciación subjetiva errada del apoderado.
 46. Nos atenemos a lo que se pruebe, conforme a las guías de atención, y procedimientos implementados en la atención de la paciente. Se realizaron los exámenes pertinentes de acuerdo a la sintomatología de la paciente, no siendo cierta la necesidad de tratamiento intrahospitalario como se demostrará en el proceso.
 47. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 48. No es cierto. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 49. Nos atenemos a lo que se pruebe.
 50. No es cierto. Como se probará, conforme a las guías de atención, y procedimientos implementados en la atención de la paciente. Se realizaron los exámenes pertinentes de acuerdo a la sintomatología de la paciente, no siendo cierta la necesidad de tratamiento intrahospitalario como se demostrará en el proceso.
 51. No es cierto lo relacionado con el actuar y calificación de la conducta de la IPS Roma. Respecto de los demás hechos nos atenemos a lo que se pruebe. Se resalta que en la historia clínica del 14 de junio de 2017 se deja constancia que la paciente llevo ecografía de semana 12.2 es decir cursa su tercer mes de embarazo., es decir que el embarazo data de mediados de marzo de 2017. SE RESALTA QUE NIEGA FIEBRE Y EL DOLOR TIENE INTENSIDAD MODERADA. Se realiza ecografía observándose feto vivo. Sagrado escaso y no fétido. Dolor de 1 día de evolución.
 52. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos.
 53. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos.
 54. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos. Se resalta y pone de presente al despacho que desde su hospitalización el 14 de junio a las 20:35 hasta el 15 de junio de 2017 a las 8:43 am. El cuadro clínico de la paciente no amenazaba su vida por lo que de acuerdo a las guías de Urgencias podía ser dada de alta.
 55. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
 56. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
 57. Como se probará dentro del Proceso la decisión de dar salida obedeció a razones justificadas y documentadas que se acreditaran dentro del proceso.
 58. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos, pero tal y como se demostrara El cuadro clínico de la paciente no amenazaba su vida por lo que la orden de salida fue justificada y conforme a la lex artis.
 59. No es cierto, es una apreciación equivocada del apoderado.
 60. No es cierta el calificativo que hace el apoderado de la parte demandante. Nos atenemos a lo que se pruebe.
 61. No nos consta es un hecho ajeno a mi representada. Sin embargo, se pone de presente al despacho que este hecho confirmaría que dentro de los protocolos de urgencias no está el manejo intrahospitalario de la sintomatología que refería la paciente.
 62. Es un hecho ajeno a mi representada. Nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 63. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 64. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso se pone de presente al despacho que este hecho confirmaría que dentro de los protocolos de urgencias no está el manejo intrahospitalario de la sintomatología que refería la paciente.
 65. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 66. No nos consta. Nos atenemos a los que se pruebe dentro del proceso.
 67. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos

68. Es cierta la Contingencia institucional a la que hace referencia el apoderado. Contingencia que no dependía de la IPS, y era una situación plenamente conocida por el asegurador Famisanar. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos, mas sin embargo esta situación no afecto, la continuidad, oportunidad y calidad de la atención en salud brindada a la paciente, e incluso a pesar de la contingencia se le atendió por Urgencias de manera efectiva todas las veces que consulto a pesar de no haber seguido la prescripción de ir por consulta externa a que se le valoraran sus síntomas que en ese momentos no atentaban contra su vida.
69. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
70. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
71. Es cierto. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
72. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
73. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
74. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos. Se resalta que desde su ingreso a la IPS Roma (18 de junio de 2017 a las 6:00 am) con signos vitales y exámenes y valoración que arrojara un diagnostico que pudiera en peligro su vida y la Remisión a Nivel III (18 de junio de 2017 las 1:03 pm), no pasaron más de 7 horas y durante su estadía y hospitalización en la IPS Roma la atención se prestó conforme a los protocolos y guías de atención en Urgencias y a la sintomatología de la paciente
75. Nos atenemos a lo que obre en los registros clínicos
76. No es cierto, como se demostrará dentro del proceso durante el tiempo que la paciente estuvo en la institución y curso con un cuadro que pusiera en peligro su vida recibido la atención y medicamentos de acuerdo a la patología.
77. Nos atenemos a lo que se pruebe.
78. Nos atenemos a lo que se pruebe.
79. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
80. No es cierto. Es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
81. No es cierto. Es una apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante. Nos atenemos en lo que conste en la historia clínica. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
82. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
83. No es cierto. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
84. No es cierto. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
85. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
86. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
87. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
88. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
89. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso. Sin embargo se pone de presente al despacho las inconsistencias del apoderado entre este hecho y el hecho 88 donde se da fe que se le informo de la Histerectomia.
90. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso. Sin

- embargo se pone de presente al despacho las inconsistencias del apoderado entre este hecho y el hecho 88 donde se da fe que se le informo de la Histerectomia.
91. Es cierta la descripción de que es un consentimiento informado
 92. Es cierta la descripción de que es un consentimiento informado
 93. Es cierta la descripción de que es un consentimiento informado
 94. Es cierta la descripción de que es un consentimiento informado
 95. Es cierta la descripción de que es un consentimiento informado
 96. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 97. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 98. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 99. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 100. Lastimosamente el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de Colsubsidio y eventualmente si imputable a la falta de controles por consulta externa de la paciente de su estado de Embarazo en oportunidad.
 101. No es cierto. Es una apreciación equivocada del apoderado. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 102. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 103. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 104. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 105. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 106. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 107. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 108. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 109. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
 110. No es Cierto. Tal y como se demostrará en el proceso el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de Colsubsidio.
 111. No es Cierto. Tal y como se demostrará en el proceso el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de Colsubsidio. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 112. No es Cierto. Tal y como se demostrará en el proceso el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de Colsubsidio. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 113. No es Cierto. Tal y como se demostrará en el proceso el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de Colsubsidio. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones.
 114. No es Cierto. Tal y como se demostrará en el proceso el Resultado Fatal, pudo obedecer a muchas causas, ninguna de ellas imputable a las IPS Roma de

Colsubsidio. Conforme a las guías de atención de la IPs de demostrará igualmente la oportunidad de la atención y la pertinencia de los diagnósticos y de las prescripciones. 13

115. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
116. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
117. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
118. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
119. Es un hecho ajeno a mi representada y al suscrito como apoderado de COLSUBSIDIO., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.
120. Es cierto.

3.- EXCEPCIONES PRINCIPALES A LA DEMANDA:

OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

Si bien el despacho en el auto que admite la demanda aclara que no se tendrán como pretensiones el Daño a la salud y el daño a la vida de relación, el demandante incluye dentro de los daños se le reconozca el Daño a bienes constitucionalmente reconocidos en favor de cada uno de los demandantes, sin embargo, de acuerdo a los hechos de la demanda, no esta acreditado que se cumplan los requisitos jurisprudenciales para que he dicho daño se haya consolidado:

El daño a bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados deben tener las siguientes características:

i) Es un daño inmaterial que proviene de la vulneración o afectación a derechos contenidos en fuentes normativas diversas: sus causas emanan de vulneraciones o afectaciones a bienes o derechos constitucionales y convencionales. Por lo tanto, es una nueva categoría de daño inmaterial.

ii) Se trata de vulneraciones o afectaciones relevantes, las cuales producen un efecto dañoso, negativo y antijurídico a bienes o derechos constitucionales y convencionales.

iii) Es un daño autónomo: no depende de otras categorías de daños, porque no está condicionado a la configuración de otros tradicionalmente reconocidos, como los perjuicios materiales, el daño a la salud y el daño moral, ni depende del agotamiento previo de otros requisitos, ya que su concreción se realiza mediante presupuestos de configuración propios, que se comprueban o acreditan en cada situación fáctica particular.

iv) La vulneración o afectación relevante puede ser temporal o definitiva: los efectos del daño se manifiestan en el tiempo, de acuerdo al grado de intensidad de la afectación, esto es, el impedimento para la víctima directa e indirecta de gozar y disfrutar plena y legítimamente de sus derechos constitucionales y convencionales, concluye la sentencia (C.P. Marta Nubia Velásquez CE Sección Tercera, Sentencia 25000232600020050245301 (34554), Mar. 09/16.

Por lo que en tal sentido solicitamos a su despacho no considerar la cuantificación expuesta de dicho daño y en caso tal se cuantifique conforme a los daños que hipotéticamente se hubieran causado de acuerdo a los lineamientos de la jurisprudencia.

3.1.-INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL POR AUSENCIA DE TODOS LOS ELEMENTOS QUE LA CONFIGURAN:

3.1.1 AUSENCIA DE CULPA EN LA PRESTACION DEL SERVICIO

Como se detalló en la contestación a los hechos de la demanda en donde se puede evidenciar que de los hechos de la si bien se busca endilgarle responsabilidad civil a mi representada, en realidad se desconoce que el Servicio se prestó conforme a las guías medicas correspondientes al tipo de síntomas y valoración medica que se hizo a la paciente.

Al revisar la historia clínica del paciente durante la Atención prestada en la IPS de Colsubsidio, se puede concluir como la paciente fue atendida por una IPS que cumplía con la normatividad vigente, plenamente habilitada y auditada por el ente de control (secretaria de Salud de Bogotá), dentro de los estándares de calidad esperables para el prestador, es así como, del análisis de los hechos se puede deducir que:

1. Accesibilidad. El paciente utilizo efectivamente los servicios de salud, no se dan muestras de barreras de acceso, y siempre tuvo a su alcance los servicios de Urgencias. Incluso se le dio atención durante varias oportunidades, a pesar que su valoración de Triage evidenciaba que no eran síntomas ni había signos vitales de alerta que comprometiera su vida y que debieran ser atendidos en Urgencias.

2. Oportunidad. De acuerdo a jurisprudencia de la Corte constitucional Sentencia T-539-2013:

Significa que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria de su estado de salud para no padecer progresivos sufrimientos. Esto quiere decir que cuando el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente, se configura un acto trasgresor del derecho fundamental a la salud, por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente. Este principio incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen puntual de la patología que padece la persona, con el fin de asegurarle el tratamiento adecuado.

Las consultas realizadas y las valoraciones ordenadas y los procedimientos realizados, correspondían al cuadro clínico registrado por el profesional y de acuerdo a las valoraciones realizadas a la paciente y de acuerdo a la sintomatología que la paciente refería se realizaron todas las conductas esperables y exigibles al cuerpo medico de la IPS en particular por ser NO CONSULTA EXTERNA sino ser el punto de atención de URGENCIAS, por lo que en tal sentido se remitió a la paciente por Consulta Externa varias veces, orden que no obedeció la paciente y de acuerdo a todos los protocolos existentes para este tipo de sintomatologías en Instancia de Urgencia se le dio la atención oportuna.

3. Seguridad. No se evidencian de los hechos de la demanda, ni de los registros en la historia clínica, practicas inseguras o que incrementaran el riesgo del paciente. De ninguna de las atenciones efectivamente prestadas por mi poderdante se puede concluir que pusieron en riesgo la vida del paciente, por el contrario de la atención prestada se deriva atención de la sintomatología y diagnóstico de la paciente. Se realizaron las prescripciones aprobadas científicamente y que buscaban minimizar el riesgo de sufrir evento adverso.

4. Pertinencia. Al paciente se le remitió a especialistas, fue atendida en dos oportunidades por gineceo obstetra y se le realizaron los procedimientos que de acuerdo a los diagnósticos

y patologías padecidos y diagnosticados según se registraron en su historia clínica, y por ende se le dio orden para múltiples procedimientos, conforme a los síntomas y padecimientos

5. *Continuidad.* Como se evidencia en la contestación a los hechos de la demanda, la paciente recibió las atenciones con una secuencia en el tiempo proporcional y acorde a las actividades que desplegó oportunamente cada profesional, sin intermitencia o suspensión injustificada. A pesar incluso de mediar en las últimas atenciones, contingencia institucional, situación que no dependió de la IPS, a la paciente nunca se le negó el servicio y se le prestó de acuerdo a la gravedad que refería según su valoración clínica.

De tiempo atrás la Doctrina judicial de la Corte de Cierre en lo Contencioso Administrativo, ha definido cuando se estructura y tipifica este régimen de imputación de responsabilidad al Estado, sus delegados, y por contera a las Entidades de naturaleza no pública atraídas al litigio por su fuero general, o sea, el de **"la falla del servicio"**, dentro del cual la responsabilidad surge a partir de la comprobación de la existencia de tres elementos fundamentales: el daño antijurídico sufrido por el interesado, el deficiente funcionamiento del servicio, porque no funcionó cuando ha debido hacerlo, o lo hizo de manera tardía o equivocada, y finalmente, una relación de causalidad entre este último y el primero, es decir, la comprobación de que el daño se produjo como consecuencia de la falla del servicio."

Estructura de la responsabilidad Médica en particular, que requiere como postura y línea jurisprudencial reiterada desde 2006, *onus probandi*, encargo de la parte actora, de conformidad con la regla probatoria contenida en el artículo 177 del C.P.C.; exigencia acompañada correlativamente con la necesidad para responder solamente por los daños que sean imputables, es decir, que sean producto de la acción u omisión del demandado, convalidada la importancia en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño; condiciones que proscriben en principio la presunción de responsabilidad; por lo tanto, es imprescindible, además que exista un daño que haya sido originado en el comportamiento de la entidad o institución o efectores a la cual se le imputa el mismo.

Cuidando además de agregar con pertinencia para el sub lite, punto que aclara las dudas de la demanda y sus yerros, en lo analizado por Consejo de Estado:

"Como se aprecia, la falla del servicio no puede ser analizada desde una perspectiva ideal, crítica o abstracta del funcionamiento del servicio, sino que debe ser estudiada desde un ámbito real que consulte las circunstancias de tiempo, modo, lugar y capacidad administrativa de la administración pública a al momento de producción del daño."

Consideración en un todo en sentido extenso y analógico aplicable también a Las Entidades privadas atraídas por fuero de atracción al ámbito administrativo.

Sugiere la naturaleza de la acción indemnizatoria, demostrar con base en los hechos, y los presupuestos jurídicos, el aserto antes enunciado luego de la confrontación jurídica y fáctica.

No se evidencia en la documentación aportada por los demandantes que mi poderdante, haya cometido ningún acto, omisión o error que se pudiera catalogar su obrar como una falla del servicio, o que configure la existencia de culpa en su actuar, que hubiera sido de aquellas que configuran un incumplimiento a sus deberes de calidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud, generadora de responsabilidad y por ello deberá decretarse probado el presente medio exceptivo.

Se resalta tal y como obra en la historia clínica que el paciente acudió por primera vez en relación con los síntomas que padecía el 9 de mayo de 2017 y conforme a su sintomatología se le ordeno pedir cita por consulta Externa para que diagnosticaran y valoraran su

padecimiento, cita que la paciente no realizo, de biopsia, se retira lesión y se le da orden para control en 15 días

Llama la atención que el paciente volvió a Urgencias sin pedir cita por consulta externa hasta el 16 de mayo de 2017 y luego nuevamente el 4 de junio de 2017 es decir 19 días después de su ultimo ingreso, y permaneciendo con síntomas que al parecer le aquejaban, y 26 días desde su primer ingreso a urgencias, para volver a consultar nuevamente por Urgencias, lo cual va en contra de todos los protocolos de atención y deberes del Paciente quien también tiene un deber de responsabilidad con su propia salud, ya que denota y prueba este hecho, que efectivamente la atención del 9 de mayo de 2017 no era urgencia vital, y que la paciente debió seguir la orden del médico de Urgencias de tomar su consulta externa, instancia concebida para diagnosticar las patologías que no comprometan la vida y que si la paciente hubiera obedecido el escenario sería diferente.

Se resalta que en la historia clínica se consignó lo que la paciente informo, y es que refiere manchado y NO SANGRADO.

Cuando se le consultó si planificaba en la historia clínica se registra del 9 de mayo de 2017 que informo que planificaba con inyección mensual, y al consultársele por la fecha de la última Regla indico que el 26 de abril de 2017., por lo que de acuerdo a las guías medicas no debía el profesional de la salud ordenar una prueba de embarazo.

Se resalta de la misma forma que NIEGA FIEBRE. Nuevamente de manera acertada los profesionales de la Salud que atendieron a la paciente ante los síntomas por ella informados, Y UNA VEZ REALIZADA LA VALORACION Y EXAMEN MEDICO, no podían atender su padecimiento por urgencias por no ser una urgencia vital, sintomatología que debía ser valorada por consulta externa como desde el principio se le Prescribió.

Revisados los signos vitales de la paciente al momento de darle Salida en las diversas atenciones que se prestaron en Urgencias en la IPS Roma, la paciente estuvo siempre Estable hemodinamicamente, sus signos vitales dentro de parámetros normales y sin fiebre, frecuencia cardiaca dentro del rango, por lo que no era posible ordenar su hospitalización cuando de acuerdo al tipo de servicios que se presta en Urgencias se le dio la atención esperable conforme a su sintomatología y a su cuadro clínico valorado por el médico de turno quien de manera acertada en cada atención le dio de alta para valoración por consulta Externa.

En términos de oportunidad se encuentra que la paciente pudo acceder a la atención requerida en salud, en atención a la múltiple sintomatología digestiva y ginecológica presentada, siendo activado el sistema de referencia, una vez se advirtiera la necesidad de remisión de la paciente, traslado que vale la pena anotar es del alcance y responsabilidad del asegurador.

De acuerdo a la historia clínica, se evidencia a través de secuencia en la atención, la continuidad en la asistencia en salud proporciona, para intervención de las complicaciones derivadas del embarazo a través de recurso técnico científico idóneo (Ginecobotetra) .

Las intervenciones en salud, de la IPS Roma, estuvieron ajustadas acorde al cuadro clínico presentado por la paciente. Se debe señalar en este sentido, que la sintomatología inicialmente manifestada por la paciente durante la consulta al servicio de urgencias los días 8 y 9 de Mayo 2017, se relacionaron con síntomas digestivos, por lo que se indicó tratamiento para manejo de los mismos, eventos no relacionados con el cuadro séptico presentado por la paciente y que no justificaban el ingreso hospitalaria de la misma.

Así mismo se advierte que al momento de la realización de un diagnóstico de impresión prevalece el cuadro clínico exhibido por el paciente, por lo cual el dolor epigástrico, el antecedente de gastritis no tratada, sirvieron en este caso para fundamentar el diagnostico

Durante la consulta efectuada el día 16 de Mayo de 2017 se debe señalar que la paciente acude por síntomas sugestivos de gastroenteritis, diferentes a los síntomas dispépticos por los cuales había consultado el día 9 de Mayo 2017, por lo que no es correcto afirmar que los síntomas del día 9 de Mayo se habían agravado, sin que frente al cuadro digestivo evidenciado se advirtieran signos de gravedad. De otra parte, se debe anotar que los exámenes solicitados durante esa consulta fueron realizados, y evaluados al momento de decidir la salida del paciente, de cuyo resultado no se desprendía la necesidad de ingreso hospitalario; se registra el resultado:

-Coproscopico: Color: Carmelita

Consistencia: Dura

Análisis microscópico: No se observan estructuras parasitarias en la muestra examinada. Población bacteriana Normal.

-Prueba de embarazo positiva.

-Cuadro hemático: leuc 9.100, plt 334, hb 14, hcto 42.

Como se evidencia de los anteriores resultados, la paciente estaba estable, sin signos tempranos de infección y de acuerdo a los exámenes paraclínicos que se realizaron se debía dar de alta a la paciente.

De otra parte en relación con las medidas adoptadas frente al diagnóstico de amenaza de aborto, documentado en las consultas siguientes Junio 4 de 2017 se encuentra que la paciente no mostro signos de inestabilidad hemodinámica, o sugestivos de procesos infeccioso, por lo cual la determinación de manejo ambulatorio fue pertinente, siendo asistida la paciente por ginecólogo, e indicada realizar ecografía transvaginal, la cual fue efectuada el día siguiente 5 de Junio de 2017, con reporte embarazo 10.5 semanas vital nuevamente se desvirtúa que a la paciente no se le realizó prueba alguna y se dio egreso a la paciente., ya que por el contrario según la historia clínica cada egreso estuvo sustentado en valoración médica, clínica, apoyo diagnóstico y paraclínica.

El día 13 Junio de 2017, la paciente consulta al servicio de urgencias Clínica Roma, por dolor abdominal negó perdidas vaginales durante el interrogatorio, se clásica por TRIAGE como categoría III, con indicación de valoración médica, sin evidencia que la paciente haya acudido para ser valorado por médico del servicio, con lo cual no se demuestra negativa en la atención, ante la determinación autónoma de la paciente de abandono del servicio por lo que no es cierto que la paciente fue dada de alta ese día.

El día 14 de Junio de 2017, la paciente ingresa por sangrado, dolor pélvico expulsión de coágulos, se realizó barrido ecográfico, y se encuentra feto único vivo, se considera aborto en curso, por lo cual en primera instancia se consideró la remisión de la paciente, no obstante atendiendo a la evolución, dada por disminución del dolor, no sangrado, estabilidad hemodinámica, se decide dar salida.

El día 18 de Junio de 2017, la paciente re consulta el servicio de urgencias de la Clínica Roma, se considera aborto séptico, por lo cual se inicia cobertura antibiótica y medidas de soporte, siendo solicitada la remisión de la paciente, a una institución de mayor nivel de complejidad. El día 18 de junio 2017, la paciente es trasladada al Hospital de Suba. A las 9: 18 horas del 18 de Junio de 2017, la paciente egresa de la institución para traslado al Hospital de Suba, paciente alerta, consiente orientada, oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto. De lo anterior se anota, que de forma inmediata, se activa el sistema de referencia, el día 18 de Junio 2017, una vez la paciente ingresa al servicio de urgencias, traslado a cargo del asegurador del paciente, no obstante hasta tanto se diera el traslado,

se adoptaron medidas terapéuticas a través de cobertura antibiótica de amplio espectro y administración de líquidos y medidas generales de mantenimiento, que permitieron que la paciente egresara viva de la institución, alerta consiente, orientada como indica el registro de la historia clínica, con lo que se garantizó la continuidad en la atención de la paciente.

18

Se resalta que la causa de muerte del paciente fue desencadenada por la atención de terceras instituciones ajenas a la IPS de mi representada, luego entonces en este caso no hay lugar a imputar a mi Representada juicios de reproche por las acciones desplegadas en la atención de la paciente.

3.1.2 FALTA DEL NEXO CAUSAL.

La Jurisprudencia imperante frente al factor de imputación de la falla del servicio médico y la relación causal para el juicio de responsabilidad ha sostenido:

“En tratándose del acreditamiento del elemento causal, hácese indispensable la demostración de que la conducta del médico tratante o, en su caso, del centro hospitalario a quien se imputan las consecuencias dañinas, resultan ser la causa adecuada del desenlace producido en el paciente, pues sabido se tiene 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.” negrilla agregada

Con esta directriz, el caso particular del tema litis, no tipifica la existencia del elemento causal, ya que este, como se dijo no deviene per se del acto médico de la asistencia profesional o institucional, surtida se anota integralmente sin defectos en el sub examine de acuerdo a las evidencias, en directa correlación con el registro médico que no da muestras de falencias.

La premisa del extremo activo se derrumba, por este aspecto y prospera con respeto acusamos la excepción, ante la argumentación vertida fácticamente en la demanda, por la creencia sin juicio técnico, científico, ni jurídico ni médico, al considerar **establecida la presunción de falla como la fuente de presunción de causalidad**, ya lo ha esclarecido el Tribunal de cierre, justipreciar esta correlación per se, contradice el derecho de daños, por cuanto el elemento de causalidad, “elemento estructural de la responsabilidad patrimonial ha de resultar debidamente acreditado a instancias del actor, entendido éste como el nexo o vínculo que permite deducir o imputar el resultado dañino a la conducta activa u omisiva del demandado.” Y este no es el caso.

“Aquí es necesario tener en cuenta que la mera participación o contacto que haya tenido el profesional de la medicina o el centro hospitalario para el caso concreto con el paciente o con el resultado, no siempre ha de resultar criterio suficiente para tener acreditada la relación de causalidad reclamada por el instituto de la responsabilidad patrimonial, particularmente dentro de la actividad médica...”¹ negrilla nuestra

Los daños que refieren los demandantes, no pueden ser atribuibles a la IPS Colsubsidio.

No se Probará ni siquiera alguna acción u omisión del personal o de los procedimientos médicos practicados por mi representada hayan podido ser la causa eficiente para el resultado dañoso, muerte de la paciente, razón por la cual, no existe nexo de causalidad entre las conductas desplegadas por mi representada, Colsubsidio, o sus profesionales y la muerte de la paciente.

¹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 3 de noviembre de 1997, exp. 11.701.

De las pruebas aportadas por el demandante no se probará que exista falla en la atención de calidad, pertinencia, eficiente y oportuna prestada por COLSUBSIDO, mi poderdante.

19

La Resolución 5521 de 2013 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS) en su artículo 8 trae entre otras las siguientes definiciones:

. Atención de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

. Atención inicial de urgencias: Modalidad de prestación de servicios de salud que implica acciones realizadas a una persona con una condición de salud que requiere atención médica en un servicio de urgencias, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud y comprende:

La estabilización de sus signos vitales que implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, y que no conlleva necesariamente la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

La realización de un diagnóstico de impresión. La definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia.

Referencia y contra referencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud a otro prestador para atención o complementación diagnóstica; considera el nivel de resolución y se realiza con el fin de dar respuesta a las necesidades de salud.

La contra referencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

ARTÍCULO 25. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La cobertura de atención inicial de urgencias es obligatoria y su pago está a cargo de la Entidad Promotora de Salud cuando se trata de sus afiliados, aunque no exista contrato o convenio con el prestador de servicios de salud. La prestación oportuna es responsabilidad de la IPS a la que el paciente demande el servicio; incluyendo la apropiada remisión, cuando no cuente con las tecnologías necesarias para la atención del caso.

Revisados los signos vitales de la paciente al momento de darle Salida en las diversas atenciones que se prestaron en Urgencias en la IPS Roma, la paciente estuvo siempre Estable hemodinamicamente, sus signos vitales dentro de parámetros normales y sin fiebre, frecuencia cardíaca dentro del rango, por lo que no era posible ordenar su hospitalización cuando de acuerdo al tipo de servicios que se presta en Urgencias se le dio la atención esperable conforme a su sintomatología y a su cuadro clínico valorado por el médico de

turno quien de manera acertada en cada atención le dio de alta para valoración por consulta Externa.

La oportunidad para el acceso a los servicios conexos a la atención de urgencias, entre ellos, consulta externa, general, especializada y prioritaria, no eran del resorte y competencia de la IPS roma, por lo que no puede ser imputable a mi representada cualquier demora o dilación en la atención en los citados servicios, que hubieran permitido atender la patología y diagnóstico de la paciente.

De acuerdo a la última Atención de la paciente el 15 de junio de 2017, al evidenciarse que había alteraciones en sus signos vitales la paciente fue remitida a un centro de tercer nivel en oportunidad, dentro de los tiempos establecidos para los efectos, no habiendo transcurrido más de 7 horas desde su ingreso hasta que fue trasladada y atendida por una institución de mayor complejidad que pudiera dar atención a los nuevos síntomas y cuadro clínico que presentaba la paciente y en todo caso durante la estadía y hospitalización de la paciente en su ingreso del 15 de junio, se le dio el tratamiento y atención pertinentes y correspondiente al diagnóstico efectuado, según obra en la historia clínica.

Por lo que los daños alegados por los demandantes, no son resultado de atención prestada por mi representada ni por los profesionales de la IPs Roma.

De la historia clínica relacionada con el servicio recibido en la IPS Colsubsidio solo se puede derivar y encontrar probada la adecuada atención, con oportunidad, calidad, seguridad, y pertinencia, no existiendo entonces ningún grado de imputación, culpa o comportamiento que pueda ser reprochado a mi representada, de acuerdo a los siguientes planteamientos:

Durante la valoración efectuada a través del servicio de Ginecología de acuerdo a la historia clínica, y ante el resultado de perfil infeccioso negativo, se brindaron recomendaciones iniciales orientadas al manejo del dolor y seguimiento imagenológico ecografía transvaginal a través de la cual se documentó embarazo de 10 semanas, hematoma retrocorial, se considera amenaza de aborto, con indicación de manejo ambulatorio, incapacidad y seguimiento por Ginecología.

La paciente reingresa al servicio de urgencias, el 15 de junio de 2017, cursando con 12 semanas de gestación por ecografía, por cuadro de sangrado vaginal, dolor pélvico, expulsión de coágulos, a través de barrido ecográfico se observa feto único vivo, por lo que se considera aborto en curso. Se decide inicialmente dar manejo hospitalario para manejo sintomático y se inicia trámite de remisión a institución de tercer nivel de complejidad por contingencia institucional, no obstante durante la evolución se efectúa seguimiento ecográfico que muestra vitalidad fetal, saco gestacional tónico, sin sangrado vaginal, hemodinámicamente estable, afebril, por lo cual se decide dar salida.

La paciente re consulta el día 18 de Junio de 2017, a su ingreso de acuerdo a la nueva sintomatología y cuadro clínico, se considera manejo hospitalario para inicio de manejo antibiótico, de acuerdo a diagnóstico de aborto séptico, se inicia cobertura antibiótica gentamicina, clindamicina y se inicia trámite de remisión a institución de tercer nivel de complejidad. Se efectúa escalonamiento antibiótico esquema piperacilina -tazobactam y aumento de aporte de líquidos endovenosos. A las 9:18 horas del 18 de Junio de 2017, la paciente egresa de la institución para traslado al Hospital de Suba, paciente alerta, consiente orientada, oxígeno por cánula nasal a 2 litros por minuto.

De acuerdo a lo expuesto a través de la literatura científica, el aborto es la es la patología gestacional más frecuente; la incidencia de abortos clínicos está entre 11 y 20%, donde la mayoría de estos abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20.

Respecto a su etiología, se encuentra que existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal o cromosómico como de origen materno o paterno, que producen alteraciones y llevan

a pérdida del producto de la gestación. Al respecto de los factores de riesgo materno se han descrito las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, endocrinas como diabetes, o causas infecciosas, factores de riesgo descartados en este caso; en donde hasta la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados a alteraciones cromosómicas ;por lo que en este sentido no se evidenciaron factores de riesgo modificables o susceptibles de intervención, para evitar la progresión hacia aborto espontáneo ;siendo recomendado manejo ambulatorio ante el diagnóstico de amenaza de aborto, para pacientes clínicamente estables, en quienes se hayan descartado patología infecciosa o confirmado viabilidad fetal , de acuerdo a lo anotado por las guías de práctica clínica. Se advierte entonces de esta forma, que la paciente era tributaria de manejo ambulatorio, a quien se indicó seguimiento ecográfico, reposo, uso analgésico y tratamiento antiespasmódico; evolucionando hacia aborto espontaneo, observándose este resultado hasta en el 50% de los casos, de acuerdo a literatura.

De otra parte dentro del análisis es importante señalar el antecedente de aborto espontaneo , como principal causa aparente de sepsis de origen obstétrico en este caso y choque séptico; no obstante se encuentra de acuerdo a la literatura disponible , que cerca del 50% de los pacientes con choque séptico no se identifica la etiología de la infección, no obstante se anota que dado que en pacientes obstétricas la sepsis en la mayoría de ocasiones se desarrolla de manera secundaria a infecciones del aparato genital o urinario, se efectuaron estudios en este sentido, sin que se lograra documentar infecciones a este nivel.

Por otro lado se debe señalar que durante la fase temprana de la sepsis, los parámetros clínicos o bioquímicos pueden estar sin cambios, no obstante en este sentido se observa que durante la estancia hospitalaria de la paciente al momento de cursar con amenaza de aborto, curso con signos de respuesta inflamatoria sistémica dados por taquicardia y parámetros bioquímicos que pudieron relacionarse con proceso infeccioso en curso (leucocitosis) , por lo que justificaba la evaluación y realización de estudios complementarios previos a la determinación de su egreso ;como parte del estudio inicial en pacientes con sospecha de sepsis se recomienda obtener dos hemocultivos, tomar muestras para parcial de orina y gram, hemograma y niveles de glucosa, tomar PCR, transaminasas, bilirrubinas, tiempos de coagulación, BUN, creatinina, estudios no requeridos, dado que no se sospechó de un proceso infeccioso en curso; en este sentido una vez que la paciente manifestara de forma florida, signos de respuesta infamatoria sistémica y re consultara por los mismos , hasta este momento se sugiere la presencia de un proceso séptico en curso, para lo cual se desplegaron medidas encaminadas a la cobertura antibiótica empírica, reanimación hídrica , tratamiento de soporte general y activación del sistema de referencia al verse superada la capacidad técnica; debiendo señalarse al respecto la necesidad de manejo enérgico a través de la cobertura de antibiótico de amplio espectro al momento de determinarse clínicamente que la paciente cursaba con cuadro de sepsis, no obstante en este sentido se evidencia al inicio del despliegue terapéutico, la recomendación de antibioticoterapia de primera línea con escalonamiento terapéutico posterior, debiendo anotarse no obstante que la severidad de la sepsis y la progresión final del cuadro están determinados de forma fundamental por la respuesta individual del paciente en la que tiene que ver la capacidad de respuesta inflamatoria del huésped, la virulencia del microorganismo causal entre otros factores, que pueden favorecer que la infección se disemine desencadenándose una respuesta inflamatoria sistémica, con compromiso de la perfusión tisular que puede evolucionar a una condición clínica mortal a pesar de soporte vital y uso de antimicrobianos, debiendo entenderse la sepsis como una entidad que genera una la respuesta inflamatoria severa a una infección, que se cursa con compromiso orgánico y sistémico y potencialidad de producir la muerte; es así como la sepsis materna continúa siendo una de las primeras cinco causas de muerte materna en el mundo .

Solicitamos a su despacho tener en cuenta la interpretación de la historia clínica en conjunto e interpretarla de manera sistemática al momento de valorar la responsabilidad civil de todos los involucrados en la atención del paciente de acuerdo a las pruebas que se

practiquen determinar que hecho fue determinante en la disminución de la probabilidad de recuperación, si por el contrario, por el tipo de patología de la paciente, el Resultado indefectible iba a ser en todo caso el aborto de su bebe, y si la muerte fue o no resultado de mala praxis médica, que en todo caso no le puede ser imputable a Colsubsidio, por los servicios prestados en la IPS roma Colsubsidio, ya que la paciente salió viva y con pronóstico de recuperación para ser atendida en un centro de atención Nivel III para la adecuada recuperación de su salud.

3.2 INEXISTENCIA DE HECHOS QUE CONFIGUREN UNA CLARA Y EVIDENTE RESPONSABILIDAD DE COLSUBSIDIO.

Tal como se demostrará a lo largo del proceso Colsubsidio, cumplió con todas las obligaciones legales, constitucionales y contractuales que tiene a su cargo, como IPS en este caso puntual

Conforme a ello de manera oportuna puso a disposición del paciente una red de IPS suficiente y cumplidora de todos los estándares de calidad exigidos por las entidades de control, entiéndase Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Secretarías de Salud de Cundinamarca y Bogotá, para de esa manera garantizar que los servicios por estas entidades prestados, serían realizados por profesionales idóneos y expertos en las áreas de conocimiento, que se sujetarían al cumplimiento de la lex artis y en consecuencia actuarían con diligencia, pericia y con la certeza de que harían lo mejor para que el resultado de sus servicios fuera el esperado por los usuarios, razón por la cual mi representada, Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, tomo todas las medidas necesarias con el fin de brindar a sus usuarios y afiliados la prestación de los servicios de salud cumpliendo especialmente las características de calidad que exige el sistema, a saber (decreto 2309 de 2002 y demás normas reglamentarias); Accesibilidad, oportunidad, Seguridad, pertinencia, continuidad, delegado igualmente el cumplimiento en la prestación del servicio en las IPS demandadas, según el nivel al que pertenecen las IPS, en las que se encomendó dicha prestación, quienes de acuerdo a los hechos conocidos por mi poderdante actuaron dentro de los que como IPS les es exigible dentro del marco de la responsabilidad civil y médica.

Colsubsidio, tomó todas las medidas y salvaguardas tendientes a que la prestación de los servicios de salud al paciente se prestará cabal y cumplidamente, como se explicó en el acápite anterior.

Mi representada cumplió con los compromisos y obligaciones que la ley le impone y que le corresponden con los pacientes, razón por la cual Colsubsidio obró de manera diligente, prudente y cuidadosa en cumplimiento de sus deberes legales y contractuales. Según información recibida la prestación de los servicios de salud se realizó cumpliendo con los estándares médicos de eficiencia y calidad propios de cada nivel de atención, como de probará dentro del proceso.

En los anteriores términos dejo estructurada la presente excepción.

3.3. FALTA DE ELEMENTOS QUE CONFIGUREN LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR A CARGO DE COLSUBSIDIO

La sanción indemnizatoria en Colombia, lleva implícita la presencia de requisitos esenciales sin los que ésta sería legal y contractualmente improcedente.

Dentro del trámite procesal se demostrará que no se evidencia la presencia de hechos, acciones, omisiones, errores o faltas imputables a mi representada Colsubsidio, necesarias para que sobre ella recaiga la obligación de indemnizar que se predica con el llamamiento en garantía, con ocasión de la demanda.

En los anteriores términos dejo estructurada la presente excepción.

3.4 -CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONSTITUCIONALES Y LEGALES A CARGO DE LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO IPS.

Consecuencia de los hechos base de la contestación de la demanda, así como de las excepciones planteadas, así como se demostrará a lo largo del proceso, mi Representado cumplimiento a sus obligaciones Constitucionales, legales, reglamentarias y las propias derivadas de la atención médica a la paciente y su bebe.

En los anteriores términos dejo estructurada la presente excepción.

4.- EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS A LA DEMANDA:

En el evento en el que no prosperen las excepciones principales propuestas en la primera parte de la presente contestación, se formula desde ahora la siguiente excepción subsidiaria:

4.1 HECHO DE UN TERCERO:

Al momento de valorar todas las conductas desplegadas por los profesionales de Colsubsidio, dentro de la IPs Roma, así como los procedimientos practicados y la remisión efectuada en la última atención a la paciente el 15 de junio de 2017, solicitamos a su despacho tener en cuenta, que la paciente fue remitido oportunamente a la entidad que podía atender la nueva sintomatología, y el deterioro de su cuadro clínico, de acuerdo a la patología que le fue diagnosticada, situación que ponía en imposibilidad jurídica, técnica y física a mi representada de realizar procedimientos adicionales o de continuar su tratamiento.

En consecuencia, solicitamos a su despacho se verifique y establezca la causa eficiente que dio lugar a la muerte y en consecuencia los daños alegados por los demandantes, y se determine si es que alguno de los demandados pudo ser determinante en la causación del resultado lesivo, muerte, ya que conforme se evidencia de las documentales aportadas al proceso, fue la histerectomía practicada la causa desencadenante de la muerte de la paciente.

Por lo que el despacho deberá valorar de acuerdo a las pruebas que se practiquen que hecho fue determinante en disminución la probabilidad de recuperación, si por el contrario, por el tipo de patología de la paciente, el Resultado indefectible iba a ser en todo caso el aborto de su bebe, y si la muerte fue o no resultado de mala praxis médica, que en todo caso no le puede ser imputable a Colsubsidio, por los servicios prestados en la IPS roma Colsubsidio, ya que la paciente salió viva y con pronóstico de recuperación para ser atendida en Nivel III de atención para la adecuada recuperación de su salud.

4.2 HECHO DE LA VICTIMA:

De acuerdo a la historia clínica y registros de atención a la paciente, acudió por primera vez en relación con los síntomas que padecía el 9 de mayo de 2017 y conforme a su sintomatología, una vez se le prestó atención médica y valoración profesional, se le dio de alta y ordeno pedir cita por consulta Externa para que diagnosticaran y valoraran su padecimiento, cita que la paciente no realizo.

Llama la atención que el paciente volvió a Urgencias sin pedir cita por consulta externa hasta el 16 de mayo de 2017 y luego nuevamente el 4 de junio de 2017 es decir 19 días después de su ultimo ingreso, y permaneciendo con síntomas que al parecer le aquejaban, y 26 días desde su primer ingreso a urgencias, para volver a consultar nuevamente por Urgencias, lo cual va en contra de todos los protocolos de atención y deberes del Paciente quien también

tiene un deber de responsabilidad con su propia salud, ya que denota y prueba este hecho, que efectivamente la atención del 9 de mayo de 2017 no era urgencia vital, y que la paciente debió seguir la orden del médico de Urgencias de tomar su consulta externa, instancia concebida para diagnosticar las patologías que no comprometan la vida y que si la paciente hubiera obedecido el escenario sería diferente.

Se resalta que en la historia clínica se consignó lo que la paciente informo, y es que refiere manchado y NO SANGRADO.

Cuando se le consultó si planificaba en la historia clínica se registra del 9 de mayo de 2017 que informo que planificaba con inyección mensual, y al consultársele por la fecha de la última Regla indico que el 26 de abril de 2017., por lo que de acuerdo a las guías medicas no debía el profesional de la salud ordenar una prueba de embarazo.

Se resalta de la misma forma que NIEGA FIEBRE y que su temperatura era de 36 al momento de las consultas. Nuevamente de manera acertada los profesionales de la Salud que atendieron a la paciente ante los síntomas por ella informados, Y UNA VEZ REALIZADA LA VALORACION Y EXAMEN MEDICO, no podían atender su padecimiento por urgencias por no ser una urgencia vital, sintomatología que debía ser valorada por consulta externa como desde el principio se le Prescribió.

Revisados los signos vitales de la paciente al momento de darle Salida en las diversas atenciones que se prestaron en Urgencias en la IPS Roma, la paciente estuvo siempre Estable hemodinamicamente, sus signos vitales dentro de parámetros normales y sin fiebre, frecuencia cardiaca dentro del rango, por lo que no era posible ordenar su hospitalización cuando de acuerdo al tipo de servicios que se presta en Urgencias se le dio la atención esperable conforme a su sintomatología y a su cuadro clínico valorado por el medico de turno quien de manera acertada en cada atención le dio de alta para valoración por consulta Externa.

4.3 GENERICA O ECUMENICA:

Propongo la excepción genérica que, según el artículo 291 del Código General del Proceso., se refiere a cualquier hecho que resultare probado en el curso del proceso o en cualquier otra circunstancia, en virtud del cual la ley considera que la obligación para mis representadas no existió o la declara extinguida.

IV.- PRUEBAS

En relación con las pruebas que respaldan la argumentación hasta aquí propuesta, manifiesto que solicito a su despacho que se decreten y se tengan como pruebas, las siguientes:

DOCUMENTALES

Se anexa a esta contestación en CD la historia clínica del paciente durante la Atención medica prestada por mi representada.

TESTIMONIALES

Solicitamos a su despacho decretar los testimonios de las siguientes personas o funcionarios de Colsubsidio

Dra. Mónica Andrea Ortega Sanabria – Jefe de Hospitalización y Cirugía

Dra. Sandra Patricia Fernández Ariza – Jefe de Urgencias

25

Las dos profesionales pueden ser citadas por intermedio de mi representada, y podrán rendir testimonio para acreditar al despacho porque no fue necesaria la hospitalización en Urgencias de la paciente durante sus primeras atenciones y en general explicar desde el punto de vista médico la atención brindada a la paciente conforme a la historia clínica.

Los dos citados profesionales pueden ser citados por intermedio de mi Representada.

NOTIFICACIONES

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBSIDIO"

Recibirá notificaciones en la calle 26 No 25 - 50 piso 9, de esta ciudad de Bogotá, Teléfono: 343 1899.

La Caja como entidad vigilada por la Superintendencia del Subsidio Familiar, y afecta por ello su naturaleza, no tiene ordenado por la ley y la reglamentación dirección de correo electrónico oficial.

Pero puede ser notificada a este correo

Dr. RICARDO REYES MARIN

Correo electrónico: Servicioalcliente@colsubsidio.com

El suscrito, en la Calle 33 No. 6B-24 Edificio Casa de Bolsa. Oficina 501, de la ciudad de Bogotá, o en su despacho. Correo electrónico: josedelcarmenbernalcalvo@gmail.com

Respetuosamente,



JOSE DEL CARMEN BERNAL CALVO

JOSE DEL CARMEN BERNAL CALVO

C.C. No. 19.258.731 de Bogotá

T. P. No. 33.274 del Consejo Superior de la Judicatura

Señores

**JUZGADO SESENTA Y TRES (63) ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ
SECCIÓN TERCERA**

E.

S.

D.

**PROCESO: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA
RADICADO: 2019 – 00267
DEMANDANTE: JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ Y OTROS
DEMANDADOS: EPS FAMISANAR S.A.S. Y OTROS
ASUNTO: CONTESTACIÓN REFORMA DE LA DEMANDA**

LINA MARCELA MORENO ORJUELA, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 53.125.424 de Bogotá, portadora de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 183.875 del C.S. de la J., obrando en mi calidad de apoderada de la demandada **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S.**, en ejercicio del poder legalmente conferido por el representante legal el cual se aporta, concurre en tiempo a contestar la **REFORMA DE LA DEMANDA** impetrada por el señor **JUAN CARLOS DIAZ BALLESTEROS Y OTROS**, mediante apoderado judicial, en los siguientes términos.

I. TÉRMINO Y OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR REFORMA DE LA DEMANDA

Mediante estado No.28 del 22 de octubre de 2020 se notificó el auto de fecha 21 de octubre de 2020 por medio del cual se admitió la reforma de la demanda y corrió traslado por el término de quince (15) días, por lo que esta contestación a la reforma del libelo de la demanda se presente dentro del plazo legal.

Ahora bien, bajo el entendido que la reforma de la demanda atiende la modificación realizada al **acápito de Declaraciones y Condenas y de la Pruebas**, en primer lugar, me pronunciaré sobre los aspectos reformados, luego me ratificaré sobre los demás aspectos que comprenden la contestación de la demanda y así mismo, sobre los llamamientos en garantía oportunamente formulados por mi representada.

- EN CUANTO A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS DE LA DEMANDA

En mi calidad de apoderada judicial de la parte demandada en la presente acción, **ME OPONGO EXPRESAMENTE A LAS CADA UNA DE LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDNA ESPECÍFICAMENTE EN LO QUE TIENE QUE VER CON MI REPRESENTADA**, toda vez ya que los supuestos fácticos, jurídicos y probatorios que las sustentan no demuestran la presunta responsabilidad por falla en el servicio atribuible a mí poderdante.

No le asiste a la parte actora sustento jurídico para pretender que se le declare responsable a mi representada por cuanto, bajo ninguna circunstancia se produjo hecho dañoso, ni existe prueba de un nexo causal, y menos aún perjuicios a indemnizar de parte de mi representada, sujeto pasivo de la actual acción.

La demanda presentada y las pretensiones declarativas y de condena se sustentan por el apoderado de la parte actora en la presunta *“falla médica por acción y/o omisión, derivada de la negligencia, impericia y/o imprudencia, ante la evidente falta de accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia en la atención en salud, graves errores de diagnóstico, errores en el tratamiento impartido, y en general la indebida praxis médica y los yerros en que incurrieron los profesionales que en representación de las sociedades demandadas, desde el 9 de mayo de 2017 que prestaron servicios de salud a la señora NINI JOHANA SANCHEZ MORENO (q.e.p.d.), y que derivaron no solamente en óbito fetal,*

sino además, causaron el desafortunado fallecimiento de la paciente”, que como consecuencia causó daños de orden moral, material y daño a bienes constitucionalmente protegidos, manifestaciones que se rechazan de plano, se objetan y no se aceptan por inconsistentes y carentes de sustentación de carácter médico – científico por lo siguiente:

El actuar de mi representada se enmarcó dentro de lo estipulado en la Constitución Nacional, la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes, complementarias y reglamentarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues, EPS Famisanar cumplió con las obligaciones a su cargo como entidad aseguradora poniendo a disposición de la usuaria la red de servicios para que accediera a los servicios de salud que demandó la señora *Nini Johana Sanchez Moreno (q.e.p.d.)* durante toda el tiempo que la afiliación estuvo vigente y por supuesto por el periodo del 09 de mayo al 18 de junio de 2017 tal y como se explicará en los excepciones de mérito, estuvo atenta a expedir las autorizaciones necesarias para garantizar la atención de la paciente cuando las IPS que la atendieron y la valoraron hicieron la respectiva solicitud de autorización para atención de urgencias, así como para la remisión y el traslado de la paciente a una institución de tercer nivel de complejidad a través del trámite de referencia y contrarreferencia, por tanto, no se encuentra demostrada en la presente litis actuación defectuosa, incorrecta, carente de EPS FAMISANAR S.A.S., respecto a sus obligaciones ni se encuentran probada la falla del servicio que se le imputa a la EPS, por el contrario, se insiste que mi poderdante dio estricto cumplimiento a sus obligaciones legales como se expondrá más adelante.

De otro lado y sin que constituya aceptación de los hechos de la demanda como se explicará más adelante, EPS FAMISANAR S.A.S., no presta de manera directa los servicios de salud a sus afiliados, no interviene en el acto médico, ni participa en la atención médica que se dispensa a sus afiliados, de la lectura de los hechos de la demanda y de las documentos aportados con el escrito de demanda se identifica que los actos médicos fueron dispensadas por instituciones ajenas a mi representada, razón por la cual son hechos ajenos a mi poderdante por corresponder a la esfera del acto médico que ejecutan las instituciones prestadores de servicios de salud por lo que nos atenemos a lo que resulte probado dentro del proceso.

Así las cosas, las afirmaciones del apoderado de la parte actora en relación a las presuntas omisiones y/o fallas médicas que se presentaron en la atención asistencial brindada a la señora *NINI JOHANA SANCHEZ MORENO* desconocen los principios de la Seguridad Social, no guardan relación con la realidad y se tornan en una aseveraciones y apreciaciones subjetivas no probadas y carentes de fundamento técnico científico, más aún cuando ni siquiera asumió la carga probatoria que le corresponde a los demandantes de probar los hechos alegados, por ende se deben rechazar de plano en lo que corresponde a mi representada EPS FAMISANAR S.A.S.

Principales

A la pretensión No. 1: Me opongo a que se declare civil y administrativamente responsable a la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S., por las presuntas acciones y omisiones indicada en el libelo demandatorio que derivaron en el aborto de 12.5 semanas de gestación y en el fallecimiento de la señora *NINI JOHANA SANCHEZ MORENO* acaecido el 18 de julio de 2017, toda vez que, mi representada no incurrió en ninguna falla de prestación del servicio de salud, ni tampoco es responsable por acción u omisión de su deceso como quiera que garantizó la red de servicios de salud para el acceso a los mismos a través de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio (IPS de atención primaria) de la Clínica de Occidente S.A., del proveedor de ambulancia Vital Life y de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.; así mismo, mi representada estuvo atenta a generar las autorizaciones de servicios que fueran solicitados por cada una de las IPS que atendió y valoró a la usuaria, por otra parte, cumplió con las obligaciones a su cargo en lo que respecta a la ejecución del proceso de contrarreferencia cuando la institución prestadora de servicios remitente (Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma) solicitó la remisión y traslado de la afiliada a una institución de mayor nivel de complejidad para manejo por la especialidad de Ginecoobstetricia; igualmente, dispuso en oportunidad el traslado medicalizado terrestre una vez fue aceptada la remisión de la paciente por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital de Suba por contar con la disponibilidad del servicio solicitado y continuó emitiendo

las autorizaciones solicitadas por este último prestador de servicios de salud conforme a las prescripciones e indicaciones médicas, lo cual se demostrará en el curso del proceso.

A la pretensión No. 2: Como consecuencia de lo anterior, y considerando que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora *NINI JOHANA SANCHEZ MORENO* acaecido el 18 de junio de 2017, me opongo a que se condene a la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S., a pagar a favor de los demandantes por concepto de presuntos daños materiales los valores que se estiman más si se tiene en cuenta que no se explica en la demanda como se obtuvo dicho valor.

2.1 Lucro Cesante:

*“La suma de **CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE (\$157.635.700)** discriminados en los siguientes términos;*

- i) *La suma de **SIETE MILLONES CIENTO TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$7.103.789)** por concepto de lucro cesante consolidado.*
- ii) *La suma de **CIENTO CINCUENTA MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE (\$150.531.980 M/CTE)** por concepto de lucro cesante futuro”.*

A la pretensión No. 3: Teniendo en cuenta que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora *NINI JOHANA SANCHEZ MORENO* acaecido el 18 de junio de 2017 como se explicó precedentemente, me opongo a que se condene a la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S., a pagar a favor de los demandantes a título de indemnización por concepto de presuntos perjuicios morales las sumas que se estiman en la demanda así:

3.1 A favor del señor Juan Carlos Ballesteros Díaz, en su condición de compañero permanente de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

3.2 A favor de Valery Estrella Ballesteros Sanchez, en su condición de hija de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

3.3 A favor de Sergio Esteban Ballesteros Sanchez, en su condición de hijo de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

3.4 A favor de Sebastian Ballesteros Sanchez, en su condición de hijo de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

3.5 A favor de Marleny Moreno Rivera, en su condición de madre de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

3.6 A favor de Ramiro Sanchez, en su condición de padre de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

A la pretensión No. 4: Teniendo en cuenta que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora *NINI JOHANA SANCHEZ MORENO* acaecido el 18 de junio de 2017 como se explicó precedentemente y como quieren que resultan improcedentes la aplicación de las normas aducidas ante la inexistencia de responsabilidad, me opongo a que se condene a la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S., a pagar a favor de los demandantes a título de indemnización por

concepto de presuntos daño a bienes constitucionalmente protegidos las sumas que se estiman en la demanda así:

4.1 A favor del señor Juan Carlos Ballesteros Díaz, en su condición de compañero permanente de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

4.2 A favor de Valery Estrella Ballesteros Sanchez, en su condición de hija de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

4.3 A favor de Sergio Esteban Ballesteros Sanchez, en su condición de hijo de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

4.4 A favor de Sebastian Ballesteros Sanchez, en su condición de hijo de la víctima, el equivalente a 100 SMLMV, esto, es la suma Ochenta y Dos Millones Ochocientos Once Mil Seiscientos Pesos (\$82.811.600).

A la pretensión No. 5: Me opongo a que se condene a la demandada ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S., al pago de costas y agencias en derecho por cuanto no existe responsabilidad de mi poderdante atendiendo lo manifestado con anterioridad.

- **EN CUANTO A LAS PRUEBAS**

En primer lugar, manifiesto a usted señor Juez que me reservo el derecho a controvertir las pruebas aportadas con la reforma a la demanda en la oportunidad procesal correspondiente y a intervenir en todas y cada una de las pruebas solicitadas por los demás sujetos procesales, a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción de mí representada.

II. RATIFICACIÓN CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA FORMULADOS POR EPS FAMISANAR

En nombre de mi representada, me permito manifestar que me ratifico en la contestación realizada anteriormente, específicamente en los términos y manifestaciones efectuadas en el acápite de los hechos, medios exceptivos propuestos, fundamentos jurídicos y facticos de la defensa, solicitud de pruebas. En igual sentido, me ratifico en los llamamientos en garantía formulados oportunamente a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, a la Clínica de Occidente S.A. y a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E., los cuales fueron radicados ante su Despacho.

III. EN CUANTO A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

Me pronuncio frente a estos en el mismo orden en el que fueron presentados en el escrito de demanda:

Al Hecho No. 1: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 2: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 3: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 4: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar toda vez que se trata de situaciones de índole personal y familiar de la usuaria en las cuales no

tuvo injerencia ni participación por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 5: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 6: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 7: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar toda vez que se trata de situaciones de índole personal y familiar de la usuaria en las cuales no tuvo injerencia ni participación por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 8: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por cuanto no tuvo injerencia en la modalidad de contratación de la usuaria con la empresa Eficacia S.A., por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 9: Es cierto. De acuerdo a la información que reposa en el sistema de información de mí representada el ingreso base de cotización reportada por el aportante EFICACIA S.A., correspondía a un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Al Hecho No. 10: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar y no se relacionada directamente con la entidad por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 11: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar y no se relacionada directamente con la entidad por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No. 12: Es cierto y aclaro. La señora Nini Johana Sanchez Moreno (q.e.p.d.) para la fecha de los hechos se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de EPS Famisanar, en calidad de cotizante dependiente, siendo su aportante la sociedad EFICACIA S.A., identificada con NIT 800.137.960.

Al Hecho No. 13: Es parcialmente cierto y explico:

En virtud de la afiliación vigente para la época de los hechos la IPS de atención primaria asignada era la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio –Centro Médico 1 de Mayo y no la Clínica Ciudad de Roma como se afirma en este hecho.

Al Hecho No. 14: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

-Respecto a la asistencia al servicio de urgencias de Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma el 9 de mayo de 2017: Es cierto toda vez que EPS Famisanar mediante autorización No. 39988267 del 9 de mayo de 2017, autorizó el servicio “*paquete de urgencias*” para el diagnóstico K297 Gastritis no especificada, para el prestador Colsubsidio Clínica Ciudad de Roma como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

-Respecto a la atención médica dispensada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma: No le consta a EPS Famisanar por cuanto se trata de una institución distinta a mí representada. Por lo tanto, deberá ser el prestador de servicios Colsubsidio quien se pronuncie sobre la veracidad de lo mencionado en este hecho por la parte demandante.

Al Hecho No. 15: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad

de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 16: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

En lo que respecta a la incapacidad que le fue generada el 9 de mayo de junio de 2017, se encuentra registrado en el sistema de información de mi representada incapacidad No. 539006 por el código de DX K297 por un (1) de incapacidad.

Al Hecho No. 17: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 18: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 19: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 20: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncie de la siguiente manera:

-Respecto al reingreso al servicio de urgencias de Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma el 16 de mayo de 2017: No le consta a EPS Famisanar por tratarse de hechos en donde no existió participación de mí representada. Se aclara que al tratarse de un reingreso por el mismo evento no se genera autorización de servicios por parte del asegurador conforme a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

-Respecto a la atención médica dispensada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma Dr. Jeison Gómez: No le consta a EPS Famisanar por cuanto se trata de una institución distinta a mí representada. Por lo tanto, deberá ser el prestador de servicios Colsubsidio quien se pronuncie sobre la veracidad de lo mencionado en este hecho por la parte demandante.

Al Hecho No. 21: No le consta a mí representada. Es un hecho que no se relacionada directamente con EPS Famisanar, por lo tanto nos atenemos a lo que conste en la historia clínica.

Al Hecho No. 22: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 23: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 24: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 25: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 26: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 27: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 28: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

-Respecto a que la usuaria acudió al servicio de urgencias de Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma el 4 de junio de 2017: Es cierto toda vez que EPS Famisanar mediante autorización No. 40520296 del 4 de junio de 2017, autorizó el servicio “*paquete de urgencias*” para el diagnóstico R102 Dolor Pélvico y Perineal, para el prestador de servicios Colsubsidio Clínica Ciudad de Roma como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

-Respecto a la atención médica dispensada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 29: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 30: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

En lo que respecta a la red de servicios dispuesta por EPS Famisanar para la atención de los afiliados, en el caso particular de la señora Nini Johana Sanchez Moreno (q.e.p.d.), se tiene a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio como IPS de atención primaria asignada para el acceso a los servicios de salud tanto por el servicio de urgencias como por el servicio de consulta externa, precisando que la programación de citas no la realizaba la EPS sino directamente el usuario de acuerdo a la disponibilidad de agenda con la que contara la IPS que brindaba la atención.

Al Hecho No. 31: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 32: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Por otra parte, se aclara que al tratarse de un reintegro fechado el 5 de junio de 2017 por el mismo evento del 4 de junio de 2017, no se genera autorización de servicios por parte del asegurador conforme a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al Hecho No. 33: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 34: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

En lo que respecta a la incapacidad que presuntamente le fue generada el 5 de junio de 2017, no se encuentra registrada en el sistema de información de mi representada incapacidad alguna ni en la fecha de expedición indicada ni por los siete (7) días señalados por la demandante, por el contrario, se encuentran radicadas las incapacidades No. 5444995 con fecha de expedición 04 de junio de 2017 por el término de tres (3) días por el código de diagnóstico R102 y la incapacidad No. 5464133 con fecha de expedición 13 de junio de 2017 por el término de tres (3) días por el código de diagnóstico Z358.

Al Hecho No. 35: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 36: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Por otra parte, se aclara que al tratarse de un reintegro fechado el 6 de junio de 2017 por el mismo evento del 4 de junio de 2017, no se genera autorización de servicios por parte del asegurador conforme a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Al Hecho No. 37: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 38: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 39: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja

Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 40: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 41: No le consta a mi representada y por tratarse de un hecho en el cual EPS Famisanar no tuvo participación deberá ser probado en el proceso.

Al Hecho No. 42: No es un hecho, los demandantes presentan un aparte de la “*Guía de atención del aborto*” de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., en conjunto con la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología como lineamiento a seguir en caso de amenaza de aborto, el cual deberá ser probado en el proceso considerando el cuadro clínico que presentaba la paciente en cada uno de los registros contentivos de la historia clínica analizados de manera integral.

Al Hecho No. 43: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva basada en un aparte de la “*Guía de atención del aborto*” de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., en conjunto con la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología mediante la cual sin ningún fundamento o conocimiento técnico –científico pretende concluir la manera como se establece el diagnóstico de amenaza de aborto y su manejo clínico.

Al Hecho No. 44: No es un hecho, los demandantes presentan un aparte de la “*Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo*” del Ministerio de Salud en donde se indica el manejo que debe impartir en caso de amenaza de aborto, el cual deberá ser probado en el proceso considerando el cuadro clínico que presentaba la paciente en cada uno de los registros contentivos de la historia clínica analizados de manera integral.

Al Hecho No. 45: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva basada en apartes tanto de la “*Guía de atención del aborto*” de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., como de la “*Guía de atención de complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo*” del Ministerio de Salud, mediante las cuales sin ningún fundamento o conocimiento técnico –científico pretende concluir la manera como se establece el diagnóstico de amenaza de aborto y su manejo clínico y de la misma manera, calificar de negligente la conducta médica impartida el 6 de junio de 2017 al dar egreso a la usuaria.

Al Hecho No. 46: No es un hecho, los demandantes presentan un aparte de la “*Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo*” del Ministerio de Salud en donde se indica el manejo que debe impartir en caso de amenaza de aborto, mediante la cual sin ningún fundamento o conocimiento técnico –científico pretende concluir que en el caso objeto de estudio el manejo no debió realizarse de manera ambulatoria, situación que deberá ser probada en el curso de proceso.

Al Hecho No. 47: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 48: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 49: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

-Respecto a la disponibilidad de agenda para la programación de los exámenes ordenados: No le consta a mí representada considerando que la programación de citas no la realizaba la EPS sino directamente el usuario o su acudiente de acuerdo a la disponibilidad de agenda del prestador de servicios de salud, es decir la IPS que brindaba la atención, en este caso, la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio.

-Respecto a que la usuaria acudió nuevamente al servicio de urgencias de Colsubsidio – Clínica Ciudad de Roma el 13 de junio de 2017: Es cierto toda vez que EPS Famisanar mediante autorización No. 40712333 del 13 de junio de 2017, autorizó el servicio “*paquete de urgencias*” para el diagnóstico Z358 Supervisión de Otros Embarazos de Alto Riesgo, para el prestador de servicios Colsubsidio Clínica Ciudad de Roma como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

-Respecto a la sintomatología referida por la usuaria al ingreso al servicio de urgencias de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma: No le consta a mi representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 50: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 51: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncie de la siguiente manera:

-Respecto al reingreso al servicio de urgencias de Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma el 14 de junio de 2017: No le consta a EPS Famisanar por tratarse de hechos en donde no existió participación de mí representada. Se aclara que al tratarse de un reingreso por el mismo evento no se genera autorización de servicios por parte del asegurador conforme a las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

-Respecto a la atención médica dispensada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no presta de manera directa los servicios de salud; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio - Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 52: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

En cuanto a la solicitud de remisión a mayor nivel de complejidad realizada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio-Clínica Ciudad de: Es cierto toda vez que en virtud de la orden médica de traslado emitida a las 20:35 del 14 de junio de 2017, EPS Famisanar recibió solicitud mediante correo electrónico a las 20:56 del 14 de junio de 2017 según se observa en la captura de pantalla adjunta.

Al Hecho No. 53: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre la realización de la ecografía obstétrica solicitada en la atención del 14 de junio de 2017 a las 20:35 horas y que se encontraba pendiente a las 22:19 del mismo 14 de junio de 2017.

En cuanto a la remisión a mayor nivel de complejidad una vez fue notificada EPS Famisanar de la solicitud de remisión de la paciente a tercer nivel de complejidad, mí representada inicia proceso de contrareferencia a las 22:28 del 14 de junio comentando a la paciente en la red de servicios tal y como se observa en la captura de pantalla adjunta.

Al Hecho No. 54: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre la realización de la ecografía obstétrica solicitada en la atención del 14 de junio de 2017 a las 20:35 horas y que se encontraba pendiente a las 2:23 horas del 15 de junio de 2017.

En cuanto a la remisión a mayor nivel de complejidad mí representada continua con el proceso de contrareferencia comentando a la paciente en la red de servicios tal y como se observa en la captura de pantalla adjunta.

Al Hecho No. 55: No es un hecho, es una transcripción parcial de la historia clínica que debe ser analizada de manera integral. Sin perjuicio de lo anterior, debo manifestar que no le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 56: No es un hecho, es una transcripción parcial de la historia clínica que debe ser analizada de manera integral. Sin perjuicio de lo anterior, debo manifestar que no le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad el mismo.

Al Hecho No. 57: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre la orden de egreso emitida a las 08:43 horas del 15 de junio de 2017.

Ahora bien, en cuanto a la solicitud de remisión de la paciente a un tercer nivel de complejidad, resulta necesario aclarar al Despacho que la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, canceló la orden de remisión a las 08:45 horas del 15 de junio de 2017 motivo salida ordenada por el Dr. Quintero, tal como se observa en la formato de referencia adjunto en donde se encuentra la bitácora del proceso de contrareferencia surtido entre el 14 y 15 de junio de 2017, en el cual se observa que la paciente ya había sido aceptada por el Hospital de Engativa .

Al Hecho No. 58: No es un hecho, es una transcripción parcial de la historia clínica que debe ser analizada de manera integral. Sin perjuicio de lo anterior, debo manifestar que no le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad el mismo.

Al Hecho No. 59: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Sin perjuicio de lo anterior, al tratarse de actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, deberá ser dicha institución quien se pronuncie al respecto.

Al Hecho No. 60: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncio de la siguiente manera:

-Respecto a las anotaciones que obran en la historia clínica de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse al respecto.

-Respecto a que la usuaria acudió al servicio de urgencias de la Clínica de Occidente S.A., el 16 de junio de 2017: Es cierto toda vez que EPS Famisanar mediante autorización No. 40803063 del 16 de junio de 2017 (23:15 horas) autorizó el servicio “*consulta de urgencia por otras especialidades médicas*” para el diagnóstico O200 Amenaza de Aborto, para el prestador de servicios Clínica de Occidente como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

Al Hecho No. 61: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Clínica Occidente S.A., por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 62: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Clínica Occidente S.A., será esta institución a quien le corresponda manifestarse al respecto.

Al Hecho No. 63: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 64: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 65: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncie de la siguiente manera:

-Respecto a la atención médica dispensada por la Clínica de Occidente: No le consta a EPS Famisanar por cuanto se trata de una institución distinta a mí representada. Por lo tanto, deberá ser este prestador de servicios quien se pronuncie sobre la veracidad de lo mencionado en este hecho por la parte demandante.

-Respecto a que la usuaria acudió nuevamente al servicio de urgencias de Colsubsidio – Clínica Ciudad de Roma a las 06: horas del 18 de junio de 2017: Es cierto toda vez que EPS Famisanar mediante autorización No. 40812918 del 18 de junio de 2017, autorizó el servicio “*paquete de urgencias*” para el diagnóstico O030 Aborto Espontáneo, Incompleto, Complicado con infección genital y pelviana, para el prestador de servicios Colsubsidio Clínica Ciudad de Roma como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

-Respecto a la sintomatología y el motivo de consulta referido por la usuaria: No le consta a mi representada. Por tratarse de hechos ajenos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 66: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Clínica Occidente S.A., por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 67: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma, por lo tanto deberá ser dicha institución quien se pronuncie sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 68: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

En cuanto al traslado primario para legrado obstétrico- remisión a tercer nivel de complejidad por riesgo de sepsis solicitada por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma: Es cierto toda vez que en virtud de la orden médica de traslado emitida a las 06:00 horas del 18 de junio de 2017, EPS Famisanar recibió solicitud mediante correo electrónico a las 06:20 horas del 18 de junio de 2017 según se observa en la captura de pantalla adjunta.

Al Hecho No. 69: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 70: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 71: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncie de la siguiente manera:

-Respecto a la hospitalización de la paciente en sala de partos a las 06:30 horas del 18 de junio de 2017 e inicio de tratamiento antibiótico: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

-Respecto a la reiteración solicitud de traslado primario a Nivel III de atención para realización del legrado obstétrico por riesgo de sepsis: No es cierto, de acuerdo a los registros que obran en el sistema de información de mi representada es pertinente aclarar al Despacho que la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, luego de notificar la solicitud de traslado envió la primera evolución de la afiliada a las 08:08 horas del 18 de junio de 2017 y no a las 06:30 horas como se afirma en este hecho.

Al Hecho No. 72: Este hecho contiene varias afirmaciones, sobre las cuales me pronuncie de la siguiente manera:

-Respecto al tratamiento antibiótico en curso: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

-Respecto a la reiteración solicitud de traslado primario a Nivel III de atención para realización del legrado obstétrico por riesgo de sepsis: No es cierto, de acuerdo a los registros que obran en el sistema de información de mi representada es pertinente aclarar al Despacho que la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, luego de notificar la solicitud de traslado envió la segunda evolución de la afiliada a las 08:32 horas del 18 de junio de 2017 y no a las 08:23 horas como se afirma en este hecho.

Al Hecho No. 73: No es cierto. Conforme a los registros que obran en el sistema de información de mi representada la afiliada egresó de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio -Clínica Ciudad de Roma a las 09:18 horas del 18 de junio de 2017,

traslado efectivo ambulancia medicalizada proveedor VITAL LIFE con autorización de servicios No. 40813447 del 18 de junio de 2017 como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

Al Hecho No. 74: No es cierto. Conforme a los registros que obran en el sistema de información de mí representada la afiliada egresó de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma a las 09:18 horas del 18 de junio de 2017, traslado efectivo ambulancia medicalizada proveedor VITAL LIFE con autorización de servicios No. 40813447 como da cuenta el informe de autorizaciones activas por afiliado que se aporta con el presente escrito.

Al Hecho No. 75: No es cierto. Conforme a los registros que obran en el sistema de información de mí representada la afiliada egresó de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio –Clínica Ciudad de Roma a las 09:18 horas del 18 de junio de 2017 y no a las 13:03 horas como se afirma por la parte demandante. Aunado lo anterior, debe tenerse en cuenta que la señora Nini Johana Sanchez Moreno (q.e.p.d.) ingresó a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte ESE Suba a las 10:35 horas del 18 de junio de 2017.

Al Hecho No. 76: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho. Adicionalmente, es necesario aclarar al Despacho que es equivocada la afirmación de la parte demandante al manifestar que la remisión de la señora Nini Johana Sanchez Moreno al Hospital de Suba tardó 7 horas (desde las 06:04 horas hasta la 13:03 horas) toda vez que ello no ocurrió así, pues si bien la orden se emitió a las 06:04 horas del 18 de junio de 2017, la paciente fue aceptada por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.,-Unidad de Servicios de Salud Suba a las 08:23 horas, el traslado terrestre medicalizado fue autorizado a las 08:48 horas, la ambulancia llegó a la IPS Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma a las 09:15 horas, la afiliada egresó a las 09:18 horas y finalmente, ingresó al Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.,-Unidad de Servicios de Salud Suba a las 10:35 horas del 18 de junio de 2017, razón por la cual no es cierto que la remisión se haya demorado 7 horas, por el contrario, fue de 4 horas y 43 minutos entre la expedición de la orden médica, la ejecución del proceso de referencia y contrareferencia, el traslado efectivo y el ingreso al servicio de urgencia de la IPS receptora.

Al Hecho No. 77: No es un hecho, los demandantes presentan un aparte de la “*Guía de complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo*” del Ministerio de Salud en el cual hacen referencia a las características que presenta el aborto incompleto.

Al Hecho No. 78: No es un hecho, los demandantes presentan un aparte de la “*Guía de complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo*” del Ministerio de Salud en el cual se indica el manejo médico frente a situaciones de aborto incompleto.

Al Hecho No. 79: No es un hecho, lo manifestado corresponde a una apreciación subjetiva a criterio de la parte demandante refiriéndose a actos médicos que se deben realizar en los legrados uterinos.

Al Hecho No. 80: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 81: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio en cuanto al diagnóstico del aborto incompleto y respecto a la evacuación uterina fue realizada por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberán ser dichas instituciones quienes se pronuncien al respecto.

Al Hecho No. 82: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho

hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 83: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 84: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho.

Al Hecho No. 85: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 86: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 87: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 88: No le consta a mi representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No. 89: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 90: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 91: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, se trata de la descripción de que es un consentimiento informado.

Al Hecho No. 92: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, se trata de la descripción de que es un consentimiento informado y el fundamento constitucional.

Al Hecho No. 93: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, se trata de la descripción de que es un consentimiento informado.

Al Hecho No. 94: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, se trata de la descripción del consentimiento informado y su estructura según la Ley 23 de 1981.

Al Hecho No. 95: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, se trata de la descripción del consentimiento informado y su alcance.

Al Hecho No. 96: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 97: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 98: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No. 99: No le consta a mí representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberá ser dicha institución quien se pronuncie respecto de la veracidad del mismo.

Al Hecho No.100: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, Clínica de Occidente S.A. y la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, serán estas instituciones a quienes les correspondan manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.101: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, Clínica de Occidente S.A. y la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, serán estas instituciones a quienes les correspondan manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.102: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.103: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.104: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.105: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.106: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.107: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.108: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.109: No le consta a mí representada. Por tratarse de hechos en donde no existió participación de EPS Famisanar sino del personal médico asistencial de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, será esta institución a quien le corresponda manifestarse sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.110: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho; sin embargo, nos atenemos a lo que se demuestre en el proceso.

Al Hecho No.111: No le consta a mí representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, de la Clínica de Occidente y de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba, por lo tanto, deberán ser dichas instituciones quienes se pronuncien sobre lo afirmado en este hecho.

Al Hecho No.112: No le consta a mí representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio y de la Clínica de Occidente quienes deberán pronunciarse al respecto.

Al Hecho No.113: No es un hecho lo afirmado por la parte demandante, corresponde a una apreciación subjetiva sin sustento técnico científico que respalde su dicho, que en todo caso debe ser demostrado en el curso del proceso.

Al Hecho No.114: No le consta a mí representada lo afirmado ya que EPS Famisanar no interviene en la atención médica dispensada; aunado a esto, lo expuesto en este hecho hace referencia a actividades propias del acto médico en las cuales participó el personal médico de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio, de la Clínica de Occidente y de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E Hospital Suba quienes deberán pronunciarse al respecto.

Al Hecho No.115: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No.116: No le consta a mí representada. Es un hecho ajeno a EPS Famisanar por lo que nos atenemos a lo que se pruebe dentro del proceso.

Al Hecho No.117: Es cierto. De acuerdo a la información que reposa en el sistema de información de mí representada el ingreso base de cotización reportada por el aportante EFICACIA S.A., correspondía a un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

Al Hecho No.118: No es un hecho, corresponde a la transcripción del artículo 2 del Acuerdo 641 de 2016 relacionada con la organización del sector salud en el Distrito Capital, específicamente la fusión de las Empresas Sociales del Estado que conformaron la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.

Al Hecho No.119: No es un hecho, corresponde a la transcripción del artículo 5 del Acuerdo 641 de 2016 relacionada con la subrogación de derechos y obligaciones de las Empresas Sociales del Estado fusionadas en la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.

Al Hecho No.120: Es cierto.

IV. EXCEPCIONES

1. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE EPS FAMISANAR S.A.S.

En aplicación de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, EPS FAMISANAR S.A.S., cumplió con todas sus obligaciones, puesto que los servicios del Plan de Beneficios de Salud se prestaron sin dilaciones, en debida forma y oportunamente.

Cuando la señora NINI JOHANA SANCHEZ MORENO así lo requirió, EPS FAMISANAR S.A.S., emitió las autorizaciones necesarias tanto en la IPS de atención primaria Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio como posteriormente cuando acudió a instituciones que conforman la red de prestadores de la EPS, esto es, la Clínica de Occidente S.A., y la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.- Hospital Suba a donde fue remitida para manejo por la especialidad de Ginecoobstetricia, por tanto su conducta se ajustó a al ordenamiento jurídico legal vigente y no puede hablarse de que exista responsabilidad por el presunto daño que se le está endilgando.

Téngase en cuenta también que las Entidades Promotoras de Salud no prestan directamente el servicio de salud, quienes prestan el servicio de salud, participan en la atención médica del afiliado y son los dueños del acto médico como tal, son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud fueron creadas por la Ley 100 de 1993. Dichas entidades son responsables de la afiliación y del registro de los afiliados al Régimen General de Seguridad Social en Salud. Asimismo, su función básica consiste en organizar y garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Igualmente, la Ley les otorga la facultad de recaudar las cotizaciones que con motivo de la afiliación realicen los usuarios, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

En tal sentido, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, señala lo siguiente:

" **Art. 177. Definición.** *Las entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de las cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.*" (Negrillas propias).

Además de la función básica de las E.P.S. de prestar el Plan Obligatorio de Salud (POS), la Ley 100 de 1993, les asigna las siguientes funciones de tipo administrativo:

Afiliar y registrar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las E.P.S. deben promover la afiliación de los grupos de población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y tienen la obligación de aceptar a todas las personas que soliciten la afiliación, junto con su grupo familiar, que cumplan los requisitos establecidos por la normatividad legal vigente.

Recaudar las cotizaciones, como delegataria del Fondo de Solidaridad y Garantía. Las E.P.S. deben captar los aportes de los afiliados a la Seguridad Social y remitir al Fosyga la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de los afiliados y el valor de sus correspondientes U.P.C.

En tal sentido, los Artículos 178 y 179 de la Ley 100 de 1993 señalan lo siguiente:

"**Art 178. Funciones de las entidades promotoras de salud.** *Las entidades promotoras de salud tendrán las siguientes funciones:*

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de seguridad social en Salud.

2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad social en Salud.

3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias pueden acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite la afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación, la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente y oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud."

"Art. 179. Campo de acción de las entidades promotoras de salud. Para garantizar el Plan Obligatorio a sus afiliados, las entidades Promotoras de Salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades Promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. **Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de la oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (...)**". (Negritas propias).

Es preciso tener en cuenta la diferencia entre el vínculo jurídico que existe entre las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), y a su vez entre las E.P.S. y los usuarios, pues como ya se mencionó, cada actor dentro del sistema General de Seguridad social en salud tiene sus propias funciones.

La relación existente entre E.P.S. FAMISANAR S.A.S., y sus afiliados es de tipo CONTRACTUAL EN CUANTO A LA AFILIACIÓN, ya que el usuario suscribe el formulario de afiliación que al respaldo contiene unas cláusulas que han sido previamente definidas por el Estado a través de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, siendo entonces la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud a través de una E.P.S., un contrato.

Igualmente, el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994, señala cuales son las responsabilidades de las Entidades Promotoras de salud con respecto a los usuarios, entre ellas están la de promover la afiliación garantizando la libre escogencia, administrar el riesgo en salud y organizar la prestación del servicio de salud. Es así, como dicha norma textualmente dispone:

"..... Artículo 2º. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

a. Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizado siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

b. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

c. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.

d. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.

e. Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia.

f. Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza." (El subrayado fuera del texto.)

Las IPS son quienes prestan directamente el servicio de salud al usuario

La E.P.S. debe organizar y garantizar el Plan de Beneficios de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, en lo que tiene que ver con la administración de los servicios que hacen parte de dicho Plan. Para dicho fin, la E.P.S. puede prestar el servicio de salud directamente, es decir que está en cabeza de la EPS o de forma indirecta a través de entidades contratadas para tal fin.

Existen en el Sistema de Seguridad Social en Salud un tipo de entidades de específica naturaleza que se denominan Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de Salud definidas en función de las labores que le son propias, conforme al artículo 185 de la Ley 100 de 1993 de la siguiente manera:

"...Artículo **185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Son funciones de las Instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y **tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera.** (.....)". (Subraya y negrilla propias).

La ley 100 de 1993 al crear la figura de Entidades Promotoras de Salud, lo hizo bajo el entendido que estas podían prestar los servicios de salud directamente (caso en el cual asumen ellas las mismos roles y funciones de las IPS) **o contratar los mismos con terceros; estos terceros son los denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)**, entonces cuando las EPS contratan con las IPS la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, esta contratación con las IPS se hace como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asumiendo estas unas obligaciones y responsabilidades propias para con los usuarios de dicho sistema, diferentes a los deberes y obligaciones de las EPS; puesto que asumen unas funciones específicas para con los afiliados como lo es actuar con calidad y eficiencia, pues las IPS tienen **autonomía administrativa, técnica y financiera lo que las obliga a responder por sus propios actos.**

Las IPS, cuando suministran los servicios de salud, en razón de la autonomía ya enunciada son responsables frente a sus usuarios de las fallas en la prestación de los servicios de salud como de los daños que con ocasión del servicio se les generen, pues su actuar está enmarcado dentro de las funciones propias que la misma Ley 100 de 1993 les ha asignado, no pudiendo ninguna autoridad jurídica o administrativa pretender que la EPS que las contrató responda por los actos, hechos y omisiones de estas frente a los usuarios.

Es claro que la Ley 100 de 1993 dividió las funciones de las EPS y de las IPS y sobre esa división es que cada uno entra a responder frente a terceros y frente al SGSSS. De no ser así, no habría diferencia entre las EPS y las IPS, situación que la Ley 100 de 1993 si dejó clara y expresa al establecer y asignar detalladamente a cada uno de estos entes, funciones y obligaciones específicas y diferentes que no pueden ser desconocidas, pero sobre todo porque hay que tener en cuenta que cada uno actúa con autonomía frente a las obligaciones que el Sistema General de Seguridad Social en Salud les ha asignado.

Las diferencias entre las responsabilidades de las E.P.S, y las IPS fueron declaradas por la Corte Constitucional en la Sentencia No. C-572 de 2003 cuando se pronunció en la siguiente forma:

(....) Conforme a lo anterior las EPS, las ARS y las IPS tienen como rasgos comunes los de ser entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que pueden ostentar naturaleza pública, mixta o privada; que a su vez están autorizadas para prestar directamente los servicios de salud tendientes a garantizar el Plan de Salud Obligatorio, dentro de sus respectivas esferas de acción. Sin embargo, en otros varios aspectos las IPS difieren de las EPS y las ARS, como por ejemplo en cuanto a que estas dos tienen una competencia administradora y operativa de gran trascendencia para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que las IPS no tienen. (..)

Como se observa, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.) son las encargadas de prestar los servicios médicos directamente a los usuarios, y desarrollan su labor de una **forma INDEPENDIENTE Y NO SUBORDINADA A LAS E.P.S.**

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud (I.P.S.) son quienes contratan su propio personal médico encargado de poner al servicio del paciente todos sus conocimientos, experiencias, y técnicas encargadas de solucionar los trastornos de la salud a los pacientes, y a utilizar todos los equipos e instrumentos disponibles para el mismo fin.

La misma Ley 100 de 1993, les atribuye a las I.P.S. en cuanto a su manejo autonomía técnica, financiera y administrativa.

Ahora bien, para el caso objeto de estudio cuando la señora A **NINI JOHANA SANCHEZ MORENO**, fue atendida por las diferentes IPS o E.S.E., **tenemos que la EPS no fue directamente la entidad prestadora del servicio médico como si lo hicieron las IPS, sino una entidad garante de la cobertura económica de las prestaciones del Plan de Beneficios de Salud, por tal motivo, ante la eventualidad, de llegar a existir algún perjuicio económico este es atribuible a las IPS que atendieron a la paciente y no a EPS FAMISANAR S.A.S**

2. INEXISTENCIA DEL NEXO CAUSAL ENTRE LOS PERJUICIOS ALEGADOS POR LA PARTE DEMANDANTE Y LA ACTUACIÓN DESPLEGADA POR E.P.S. FAMISANAR S.A.S.

NO EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD entre la conducta asumida por FAMISANAR y el presunto daño sufrido por la parte demandante, pues la E.P.S. en todo momento actuó con la DILIGENCIA y el DEBIDO CUIDADO al cual se encuentra legalmente obligada con sus afiliados.

El nexa causal es la relación o vínculo que debe existir entre el hecho y el correspondiente daño. Si no hay nexa causal no surge la FALLA DEL SERVICIO porque el daño no puede imputarse a quien ejecutó el hecho.

De acuerdo con lo anterior, se observa que la conducta de EPS FAMISANAR se ajustó al ordenamiento jurídico legal vigente, por las siguientes razones:

-Emitió las autorizaciones solicitadas por los prestadores que atendieron y valoraron a la afiliada: Cuando la usuaria lo requirió, la E.P.S. expidió las autorizaciones médicas que fueron necesarias durante su afiliación y de cara a los hechos objeto de esta acción, para cada una de las atenciones por el servicio de urgencias traslado medicalizado e internación, solicitadas por las instituciones que conforman la parte pasiva de esta acción durante el periodo del 09 de mayo de 2017 al 18 de junio de 2017, en las siguientes fechas;

Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio

- **09/05/2017** -Autorización de Servicios No.39988267 generada a las **10:15 horas**, servicio autorizado “paquete de urgencias” por el diagnóstico “K297 Gastritis No especificada”, página 8 del informe de autorizaciones.

Para la atención del 16/05/2017 no se generó autorización por tratarse de un reingreso del mismo evento presentado el 9 de mayo de 2017.

- **04/06/2017** -Autorización de Servicios No.40520296 generada a las **18:45 horas**, servicio autorizado “paquete de urgencias” por el diagnóstico “R102 Dolor Pélvico y Perineal”, página 7 del informe de autorizaciones.

Para la atención del 05/06/2017 y 06/06/2017 no se generó autorización por tratarse de un reingreso del mismo evento presentado el 4 de junio de 2017.

- **13/06/2017** -Autorización de Servicios No.40712333 generada a las **13:05 horas**, servicio autorizado “paquete de urgencias” por el diagnóstico “Z358 Supervisión de Otros Embarazos de Alto Riesgo”, página 6 del informe de autorizaciones.

Para la atención del 14/06/2017 no se generó autorización por tratarse de un reingreso del mismo evento presentado el 13 de junio de 2017.

- **18/06/2017** -Autorización de Servicios No.40812918 generada a las **06:24 horas**, servicio autorizado “paquete de urgencias” por el diagnóstico “O030 Aborto Espontáneo, incompleto, complicado con infección genital y pelviana”, página 4 del informe de autorizaciones.

Clínica de Occidente S.A.

- **16/06/2017** -Autorización de Servicios No.40803063 generada a las **23:15 horas**, servicio autorizado “Consulta de urgencias por otras especialidades médicas” por el diagnóstico “O200 Amenaza de Aborto”, página 5 del informe de autorizaciones.

Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-Unidad de Servicios de Salud Suba

- **18/06/2017** -Autorización de Servicios No.40812923 generada a las **08:26 horas**, servicio autorizado “Consulta de urgencias por medicina general” por el diagnóstico “O200 Aborto Retenido”, página 3 del informe de autorizaciones.
- **18/06/2017** -Autorización de Servicios No.40815141 generada a las **08:26 horas**, servicio autorizado “Internación en servicio de complejidad mediana, habitación bipersonal” por el diagnóstico “O060 Aborto No especificado, incompleto, complicado con infección genital y pelviana, página 1 del informe de autorizaciones.

Vital Life Ltda

- **18/06/2017** -Autorización de Servicios No.40813447 generada a las 08:48 horas, servicio autorizado “Paquete Traslado terrestre Medicalizado” por el diagnóstico “O200 Aborto Retenido”, página 2 del informe de autorizaciones.

-Cumplimiento del Proceso de Referencia y Contrareferencia: Establecida esta obligación a cargo del asegurador conforme al artículo 17 del Decreto 4747 de 2007, mi representada ejecutó el proceso de referencia y contrareferencia tal y como se explicó en la respuesta a los hechos 68 a 76 de la demanda y como más adelante se expondrá en forma detallada en el acápite de los fundamentos fácticos y jurídicos de la defensa.

-Atención por el servicio de Consulta Externa en la IPS Colsubsidio: Por otra parte, teniendo en cuenta que la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio era la IPS de atención primaria de la afiliada, debo señalar que para los servicios que EPS Famisanar tenía contratados para la periodo junio de 2017 bajo la modalidad de capitación no se requería ni era necesario autorización de servicios por parte de mí representada para acceder a los mismos, entre los cuales se encontraba la atención por el servicio de medicina general y el ingreso al programa AMAR de Colsubsidio para el control prenatal, es decir, la señora Nini Johana Sanchez Moreno, sin mediar autorización podía haber solicitado cita por consulta externa valoración por medicina general atendiendo las indicaciones impartidas por los profesionales de salud de Colsubsidio-Clinica Ciudad de Roma en las consultas de mayo e iniciar control el control prenatal una vez le diagnosticaron el embarazo.

-Autorización de los servicios ordenados el 4 de junio de 2017: Ahora bien, en lo que se refiere a las órdenes médicas que le fueron entregadas el 4 de junio de 2017 a la señora Nini Johana Sanchez Moreno, entre los cuales se encontraba la orden médica para la realización de la ecografía obstétrica transvaginal según se refiere en el hecho 41 del libelo demandatorio, las cuales presuntamente fueran tramitadas por los familiares para obtener la respectiva autorización de servicios, resulta pertinente manifestar al Despacho que no obra prueba de ello en el proceso. En igual sentido, no se acredita por la parte interesada lo manifestado en el hecho 49 toda vez que no se allega prueba sumaria de la presunta falta de oportunidad en la agenda del prestador para la programación de los exámenes ordenados.

Como se aprecia, no basta como lo hace quién incoa la demanda suponer responsabilidad culposa de la EPS FAMISANAR S.A.S., únicamente sobre supuestos subjetivos. La falta de argumentación puntual sobre líneas jurídicas y ordenamientos vigentes demuestra claramente que lo sostenido no guarda correlación con la verdad, que debe llevar a certeza al juez.

3. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD POR EL HECHO DE UN TERCERO

Así las cosas, no puede pretenderse que EPS FAMISANAR S.A.S., asuma algún tipo de responsabilidad por los hechos que la parte demandante aduce que condujeron al fallecimiento de la señora Nini Johana Sanchez Moreno (q.e.p.d.) cuando es claro que en este asunto se reprochan conductas que atañen al acto médico en el cual no interviene ni participa de ninguna manera mi representada, conductas frente a las cuales corresponde pronunciarse a las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atendieron a la afiliada y que del resultado de la actividad probatoria que se desplegará se determinará la causa eficiente que dio lugar a la muerte de la usuaria y que como consecuencia se generaron los daños alegados por los demandantes y se establecerá si es que alguno de los demandantes pudo ser determinante en la causación del resultado lesivo –muerte de la señora Sánchez Moreno.

4. AUSENCIA DE PERJUICIOS

En lo solicitado a las pretensiones son apreciaciones subjetivas, faltantes de sustento jurídico y sin sustento alguno, que deben ser despachadas en forma desfavorable por el Juzgado.

Como hasta este punto se ha sostenido, argumentado y probado, no se ha causado daño del cual sea responsable mi representada en la presente acción; si este no se ha causado, nos cuestionamos: ¿Qué restablecimiento patrimonial se puede exigir?, ¿sobre qué fundamento?.

Los hechos y las pruebas orientan a evidenciar una actividad por parte de mi representada diligente, prudente, pertinente; similar condición de las Instituciones prestadoras de Salud a donde fue remitida dentro de la red de prestadores de FAMISANAR. Si no hay ninguno de estos dos elementos: daño y acto descuidado, mucho menos un nexo causal que los una.

En este orden de ideas, si no hay acto negligente, si no hay resulta dañosa, ni nexo relacional, lógico es concluir no hay lesión patrimonial, ni daño que reparar, y menos perjuicios que indemnizar.

Ahora bien, y en gracia de discusión, precisemos el tema de los perjuicios y su estimación, que por lo irreales, hipotéticos y eventuales y sin causa no podrían ser reconocidos en esta causa, no obstante que se determinara alguna responsabilidad de mi poderdante, que de lo expuesto no puede ocurrir.

En cuanto a los perjuicios, son de la tasación del señor juez, pero como ya se anotó, si no hay daño, ni nexo causal con el daño, por la conducta diligente de mi representada, no hay razón a tal reconocimiento.

5. LA GENERICA

Finalmente, sin perjuicio de las excepciones propuestas, de todas formas desde ahora solicitamos al Juzgado dar estricto cumplimiento a lo previsto en el Art. 282 del C.G.P., reconociendo en la Sentencia cualquier excepción que resulte probada, esto es, cualquier hecho impeditivo, modificativo o extintivo de las pretensiones de la demanda.

V. FUNDAMENTOS JURIDICOS Y FACTICOS DE LA DEFENSA

En el caso objeto de estudio no se encuentra acreditado ningún elemento que pueda atribuir responsabilidad en cabeza de EPS FAMISANAR S.A.S., toda vez que la demanda está fundamentada en los actos médicos que desplegaron los profesionales de salud de las Instituciones Prestadoras de Salud que conforman el sujeto pasivo de esta acción que son ajenas a mí representada y que de acuerdo al artículo 185 de la Ley 100 de 1993 tienen autonomía administrativa, técnica y financiera lo que las obliga a responder por sus propios actos frente a sus usuarios de las fallas en la prestación de los servicios de salud como de los daños que con ocasión del servicio se generen.

Ahora bien, en el caso de la señora Nini Johana Sánchez Moreno, mi representada estaba obligada a recibir la afiliación de la usuaria y su grupo familiar, registrar la afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conformar la red prestadora de servicios, emitir las autorizaciones de servicios de conformidad con las prescripciones médicas y así lo hizo, y de cara a los hechos que son objeto de reparo por la parte demandante quien alega una supuesta demora de 7 horas en el trámite del remisión de la afiliada a una institución de mayor nivel de complejidad, función enmarcada dentro del proceso de referencia y contrareferencia a cargo de EPS FAMISANAR S.A.S., en su calidad de asegurador, desde ya advierto que es totalmente falso, que dicha afirmación es alejada de la realidad tal y como expuso en forma precedente y como dan cuenta las documentales que se aportan con este escrito, estas son, las bitácoras que se levantaron con ocasión de las solicitudes de remisión realizadas el 14 y 18 de junio de 2017 por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio y las capturas de pantalla de los correos electrónicos que se recibieron y enviaron en virtud de dicho proceso, las cuales desvirtúan cualquier

elemento de responsabilidad predicable por los demandantes a mi poderdante y de paso permiten demostrar el cumplimiento oportuno de esta obligación.

Previo a relacionar de manera detallada cada una de las solicitudes y evoluciones recibidas por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma, las solicitudes y autorizaciones enviadas por parte de mi representada y las respuestas recibidas por diferentes prestadores de salud en el trámite del proceso de la contrarreferencia, es necesario precisar a cerca del significado, alcance y fundamento normativo del proceso en mención.

Qué se entiende por Referencia y contrarreferencia?

Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Regulación Normativa - Decreto 4747 de 2007

Artículo 17. Proceso de referencia y contrarreferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitior hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago. Parágrafo. Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contrarreferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias.

De lo expuesto, se colige que al requerir el usuario atención o procedimientos de mayor complejidad los cuales no podían ser brindados por el prestador primario, la Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer nivel en aras de garantizar la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios de salud y según el criterio del médico tratante, debe dar aplicación al proceso de referencia y contrarreferencia establecido en el artículo 17 antes transcrito; precisando que el prestador remitior es responsable del manejo y del cuidado del pacientes hasta el momento en que ingrese a la institución receptora. Es de señalar, que corresponde a las entidades responsables de pago por expresa disposición legal disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones. En cuanto al pago, la EPS asumirá el pago, independientemente del Prestador de Servicios de Salud que haya prestado el servicio.

En el caso objeto de estudio tenemos la siguiente información correspondiente a los procesos de referencia y contrareferencia surtidos el 14 y 18 de junio de 2017 a solicitud de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma, información extraída de los correos institucionales.

Trazabilidad Proceso de Referencia y Contrareferencia del 14 de junio 2017: Trámite de remisión, especialidad solicitada Ginecología.

- Orden médica: 20:35 horas
- Colsubsidio envía correo a EPS Famisanar: 20:56 horas
- EPS Famisanar comenta caso en la red: 22:28 horas (Ver relación de prestadores a los que se les envió el correo en la captura de pantalla adjunta)

15 junio 2017- Continuación Trámite de Remisión

- EPS Famisanar reenvía a la red: 07:29 horas (Ver relación de prestadores a los que se les envió el correo en la captura de pantalla adjunta)
- Engativa envía respuesta acepta paciente: 8:21 horas
- EPS Famisanar envía correo a Engativa informe de cancelación 09:14 horas

Trazabilidad Proceso de referencia y contrareferencia 18 de junio 2017 (Día): Trámite de remisión, traslado primario a nivel III, especialidad solicitada Ginecología o Ginecoobstetricia.

- Orden medica 06:00 horas
- Colsubsidio envía correo a EPS Famisanar: 06:20 horas
- EPS Famisanar comenta caso en la red: 06:36 horas (Ver relación de prestadores a los que se les envió el correo en la captura de pantalla adjunta)
- IPS National Clinics responde no hay camas: 06:39 horas
- IPS Juan N Corpas responde no disponibilidad de camas: 6:40 horas
- IPS Eusalud responde no hay camas: 6:57 horas
- EPS Famisanar comenta caso a IPS Cafam: 08:00 horas
- EPS Famisanar comenta caso nuevamente a la red: 08:03 horas (Ver relación de prestadores a los que se les envió el correo en la captura de pantalla adjunta)
- ESE Tunal pide a EPS Famisanar llamada telefónica: 08:03 horas
- EPS Famisanar comenta caso a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E: 08:04 horas
- IPS Colsubsidio envía por correo a EPS Famisanar primera evolución médica: 08:08 horas
- IPS Eusalud responde no hay camas: 08:10 horas
- IPS Palermo responde paciente no aceptado, no hay camas: 08:11 horas
- Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-USS Suba responde acepta paciente: 08:23 horas, prestador quien para la fecha y hora indicada contaba con la disponibilidad de camas en el servicio de Ginecología y Obstetricia.
- IPS Colsubsidio envía por correo a EPS Famisanar segunda evolución médica: 08:32 horas

- IPS Clínica Materno Infantil responde a Clínica Ciudad de Roma: No disponibilidad de camas
- EPS Famisanar confirma a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-USS Suba con autorización: 08:44 horas
- EPS Famisanar genera autorización de servicios traslado terrestre medicalizado proveedor Vital Life Ltda: 08:48 horas
- ESE Tunal responde no hay cupos: 08:58 horas
- Llega ambulancia a la IPS Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma: 09:14 horas
- Traslado efectivo, afiliada egresa de IPS Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma: 09:18 horas
- Llega ambulancia a la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-USS Suba, ingresa afiliada al servicio de urgencias: 10:35 horas

Conforme a lo anterior, resulta improcedente afirmar que la remisión de la señora Nini Johana Sanchez Moreno a una institución de mayor nivel de complejidad tardó 7 horas (desde las 06:04 horas hasta la 13:03 horas) toda vez que ello no ocurrió así, pues si bien la orden se emitió a las 06:04 horas del 18 de junio de 2017, la paciente fue aceptada por la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.,-Unidad de Servicios de Salud Suba a las 08:23 horas, el traslado terrestre medicalizado fue autorizado a las 08:48 horas, la ambulancia llegó a la IPS Colsubsidio-Clínica Ciudad de Roma a las 09:15 horas, la afiliada egresó a las 09:18 horas y finalmente, ingresó al Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.,-Unidad de Servicios de Salud Suba a las 10:35 horas del 18 de junio de 2017, razón por la cual no es cierto que la remisión se haya demorado 7 horas, por el contrario, fue de 4 horas y 43 minutos entre la expedición de la orden médica, la ejecución del proceso de referencia y contrareferencia, el traslado efectivo y el ingreso al servicio de urgencia de la IPS receptora

Trazabilidad Proceso de referencia y contrareferencia 18 de junio 2017 (Noche):
Trámite de remisión para UCI

- Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-USS Suba notifica a EPS Famisanar remisión para UCI Adulto: 19:44 horas
- EPS Famisanar comenta caso en la red, solicita UCI: 20:26 horas (Ver relación de prestadores a los que se les envió el correo en la captura de pantalla adjunta)
- IPS Juan N Corpas responde no camas: 20:27 horas
- IPS Clínica Nueva responde no camas: 20:27 horas
- IPS Fundación Cardio Infantil responde no camas: 20:28 horas
- IPS Clínica de Occidente responde no camas: 20:30 horas
- IPS Clínica El Bosque responde no camas: 21:18 horas

Finalmente, en cuanto a esta última remisión de acuerdo a la historia clínica de la Subred Integrada de Servicios de Salud del Norte E.S.E.-USS aportada a la demanda se encuentra que este prestador logró disponibilidad en el servicio de Unidad Cuidados Intensivos hacia las 18:30 horas del 18 de junio de 2017 y la afiliada fue ingresada a UCI a las 21:40 horas siendo innecesario seguir adelante con la solicitud de remisión externa.

VI. SOLICITUD DE LAS PRUEBAS:

Solicito señor Juez, se tengan como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES:

- Formulario de Afiliación y formulario de novedades presentadas.
- Certificado de afiliación de la señora Nini Johana Sanchez Moreno y de su grupo familiar.
- Certificado de Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a nombre de la señora Nini Johana Sanchez Moreno.
- Certificado de Incapacidades a nombre de la señora Nini Johana Sanchez Moreno.
- Captura de pantalla del aplicativo integral respecto a la IPS de atención primaria asignada.
- Informe de Autorizaciones activas por afiliado en __ folios.
- Bitácoras del proceso de referencia y contrareferencia adelantado el 14 y 18 de junio de 2017.
- Reporte del sistema de información de EPS Famisanar trazabilidad sobre el proceso de referencia y contrareferencia adelantado el 14 y 18 de junio de 2017.

TESTIMONIALES:

Desde ahora me reservo el derecho de contrainterrogar a los testigos de las partes.

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito se decrete y ordene la práctica de interrogatorios de parte a los señores Juan Carlos Ballesteros Díaz, Sebastian Ballesteros Sanchez, Ramiro Sánchez y Marleny Moreno Rivera a fin de que absuelvan el interrogatorio de parte que personalmente formularé mediante sobre sellado.

VII. ANEXOS

- Poder debidamente otorgado.
- Certificado de existencia y representación legal de EPS FAMISANAR S.A.S.
- Los enunciados en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

La **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S.A.S.**, con domicilio en la ciudad de Bogotá, se identifica con el NIT 830.003.564-7, representada legalmente por el señor Elias Botero Mejia identificado con cédula de ciudadanía No. 79.146.216, con dirección de notificaciones en la Carrera 22 No. 168-94 de la ciudad de Bogotá; dirección electrónica notificaciones@famisanar.com.co

La suscrita apoderada, mayor de edad y vecina de Bogotá, con dirección de notificaciones en la Carrera 13 A No. 77^a-63 Piso 5 teléfono 6500200 Ext.3306 correo electrónico lmorenoo@famisanar.com.co

Atentamente,



LINA MARCELA MORENO ORJUELA
C.C. No. 53.125.424 de Bogotá
T.P. No. 183.875 del C. S. de la J.
Apoderada EPS FAMISANAR S.A.S.

Señor
JUEZ 63 ADMINISTRATIVO DE BOGOTA
E. S. D.

Ref: Proceso 2019-00267

DEMANDANTES: MARLENY MORENO RIVERA y OTROS.

DEMANDADOS: LA NACIÓN, CLINICA DEL OCCIDENTE y OTROS

ASUNTO: LA CLINICA DEL OCCIDENTE se permite proceder a la CONTESTACION DE LA REFORMA DE LA DEMANDA.

CLAUDIA LUCIA SEGURA ACEVEDO, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada especial de la CLINICA DEL OCCIDENTE, sociedad demandada en el proceso de la referencia, de conformidad con el poder a mi otorgado por su Representante Legal el cual obra en el expediente, procedo a contestar la REFORMA DE LA DEMANDA formulada por el Doctor DANIEL FERNANDO HERNÁNDEZ VEGA en calidad de apoderado de los señores los señores: JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ, quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de sus hijos menores de edad, VALERY ESTRELLA BALLESTEROS SANCHEZ y SERGIO ESTEBAN BALLESTEROS SANCHEZ; SEBASTIAN BALLESTEROS SANCHEZ quien actúa en nombre propio; MARLENY MORENO RIVERA quien actúa en nombre propio y RAMIRO SANCHEZ quien actúa en nombre propio; para lo cual me pronuncio en los siguientes términos:

RATIFICACIÓN DE LO CONTESTADO A LA DEMANDA INICIAL

En mi calidad de apoderada de la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., es menester advertir al Despacho que me ratifico en todo lo ya contestado a la DEMANDA INICIAL, excluyendo lo que ahora la parte demandante ha reformado, adicionado, aclarado o modificado en los **acápites de “PRETENSIONES (Declaraciones y Condenas)” y “PRUEBAS”, donde evidentemente la actora sólo persigue un aumento en el valor de**

la indemnización solicitada, a lo cual como es obvio estoy respondiendo puntualmente en esta CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA.

I. EN RELACIÓN A LAS PRETENSIONES SOLICITADAS
EN LA REFORMA DE LA DEMANDA

También en calidad de apoderada de la demandada CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., **me opongo a todas las pretensiones**, pues niego el derecho que invocan los demandantes y niego que mi representada la CLINICA DEL OCCIDENTE pueda ser responsable por el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO.

Solicitó la parte demandante al Despacho, condenar a las demandadas a pagarle a los demandantes en sus calidades de compañero permanente, hijos, madre y padre de la fallecida, las sumas de dinero que allí discrimina, por lo tanto frente a cada una de las pretensiones me contrapongo así:

DECLARACIONES Y CONDENAS (PRETENSIONES)

A LA PRIMERA PRETENSIÓN:

Me opongo a que “se declare civil y administrativamente responsable” a la CLINICA DEL OCCIDENTE por todos los “perjuicios” causados a los demandantes como consecuencia del fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO el 18 de junio del año 2017, pues mi representada no incurrió en ninguna falla del servicio de salud, ni es responsable por acción o por omisión de su deceso, ya que la fallecida la única vez que acudió a urgencias de la CLINICA DEL OCCIDENTE el 16 de junio de 2017, al ser examinada clínicamente presentaba un cuadro gripal de tres semanas y en otra institución de salud el día anterior le habían tomado una ecografía donde se acusaba un embarazo de 12.5 semanas, con feto vivo, cuello de útero cerrado y mínimo sangrado que se confirmó en la anamnesis, ante lo cual se le definió un plan de tratamiento ambulatorio por no requerir hospitalización de acuerdo a sus signos y síntomas, habiéndose procedido así conforme lo establecen las Guías de Práctica Clínica de la Secretaria de Salud y demás protocolos médicos, al igual que la respectiva lex artis ad-hoc, lo cual se demostrará en el proceso, en lo que a mi prohijada se refiere.

A LA SEGUNDA PRETENSIÓN PRINCIPAL:

En consecuencia y en razón a que no existe responsabilidad de mí representada en el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO, **me opongo** a que se CONDENE a la demandada CLINICA DEL OCCIDENTE a pagar a favor de los demandantes por concepto de presuntos daños materiales que de acuerdo a sus supuestas bases de liquidación estima la demandante así:

2.1 LUCRO CESANTE:

La suma de CIENTO CINCUENTA Y SIETE MILLONES, SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL, SETECIENTOS SETENTA PESOS (\$157.635.770 M/CTE.), discriminados así:

i) La suma de SIETE MILLONES, CIENTO TRES MIL, SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$7.103.789 M/CTE), por concepto de lucro cesante consolidado.

ii) La suma de CIENTO CINCUENTA MILLONES, QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL, NOVECIENTOS OCHENTA PESOS (\$150.531.980 M/CTE), por concepto de lucro cesante futuro.

A LA TERCERA PRETENSIÓN PRINCIPAL:

Me opongo a que se CONDENE a la demandada CLINICA DEL OCCIDENTE a pagar por todos los presuntos perjuicios morales que estima la demanda así:

3.1 A favor de JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ 100 MLMV.

3.2 A favor de VALERY ESTRELLA BALLESTEROS SANCHEZ 100 MLMV.

3.3 A favor de SERGIO ESTEBAN BALLESTEROS DIAZ el equivalente a 100 MLMV.

3.4 A favor de SEBASTIAN BALLESTEROS DIAZ el equivalente a 100 MLMV.

3.5 A favor de MARLENY MORENO RIVERA el equivalente a 100 MLMV.

3.6 A favor de RAMIRO SANCHEZ el equivalente a 100 MLMV.

Lo anterior en razón a que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO.

A LA CUARTA PRETENSIÓN PRINCIPAL:

Me opongo a que se CONDENE a la demandada CLINICA DEL OCCIDENTE a pagar a los demandantes por el presunto daño a “bienes constitucionales protegidos”, que estima la Reforma de la Demanda así:

4.1 A favor de JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ 100 MLMV.

4.2 A favor de VALERY ESTRELLA BALLESTEROS SANCHEZ 100 MLMV.

4.3 A favor de SERGIO ESTEBAN BALLESTEROS DIAZ el equivalente a 100 MLMV.

4.4 A favor de SEBASTIAN BALLESTEROS DIAZ el equivalente a 100 MLMV.

Lo anterior en razón a que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO y no procede aplicación de las normas aducidas por cuanto no procede condena de responsabilidad alguna.

A LA QUINTA PRETENSIÓN PRINCIPAL:

Me opongo al pago de costas y agencias en derecho por cuanto como ya se advirtió no existe responsabilidad de mi representada ni procede condena alguna y además en razón a que según la jurisprudencia del Honorable Consejo de Estado, en las demandas de Reparación Directa ante el Contencioso Administrativo, sólo procede este pago cuando se demuestre mala fe de la parte que pierda el proceso.

Lo anterior en razón a que no existe responsabilidad de mi representada en el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SÁNCHEZ MORENO.

En suma, depreco a su Señoría que por lo tanto la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., sea absuelta de manera absoluta y que se condene a la parte demandante a pagar a mi representada las costas procesales de ley.

II. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Teniendo en cuenta que los hechos de la demanda no han sido reformados me ratifico en la contestación inicial hecha a los mismos como sigue:

Al hecho No. 1: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 2: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 3: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 4: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 5: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 6: No le consta a mi representada absolutamente nada concerniente a los nexos familiares, lazos de sangre o grados de parentesco o unión que en vida tenía la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 7: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 8: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE, sin embargo esta demandada solicitará al Despacho que se llame como testigo a la persona (o quien la remplace) que suscribió la Certificación Laboral con código de referencia No. 3303449 de la empresa “EFICACIA S.A.”, presentada como prueba por la demandante, para que reconozca su autenticidad y responda las preguntas que le formularé respeto al contenido de dicho documento. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 9: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE, sin embargo esta demandada solicitará al Despacho que se llame como testigo a la persona (o quien la remplace) que suscribió la Certificación Laboral con código de referencia No. 3303449 de la empresa “EFICACIA S.A.”, presentada como prueba por la demandante, para que reconozca su autenticidad y responda las preguntas que le formularé respeto al contenido de dicho documento. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 10: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 11: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 12: Es cierto, la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO estaba afiliada a la EPS FAMISANAR.

Al hecho No. 13: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 14: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 15: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 16: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 17: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 18: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 19: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 20: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 21: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe

Al hecho No. 22: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 23: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 24: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 25: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 26: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 27: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 28: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 29: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 30: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 31: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 32: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 33: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 34: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 35: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 36: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 37: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 38: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 39: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 40: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 41: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho No. 42: No es un hecho, es la presentación de un fragmento fuera del contexto de una Guía de la Atención del Aborto, que la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., trazó como lineamiento general e ilustrativo a seguir en el caso de aborto, pero sin carácter obligatorio (como sí lo son algunas Guías imperativas u obligatorias, por ejemplo: tuberculosis, malaria, lepra, leishmaniasis.), en otras palabras la Guía de la Atención del Aborto referida

por el demandante sólo tiene carácter facultativo o persuasivo para el galeno tratante, respetándose siempre la autonomía médica acorde a cada caso en concreto.

Al hecho N°43: No es un hecho, es una apreciación subjetiva basada en un fragmento fuera del contexto de la Guía de Manejo del Aborto de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., donde sin ningún fundamento o conocimiento clínico-científico la parte demandante intenta concluir la manera como se establece el diagnóstico de amenaza de aborto y su manejo clínico.

Al hecho N°44: No es un hecho, es la apreciación e interpretación subjetiva que hace la parte demandante sobre la manera de obtener el valor de HCG en el pronóstico de un embarazo y ecografía tras-vaginal, basada en un fragmento fuera del contexto de la Guía de Manejo del Aborto de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C..

Al hecho N°45: No es un hecho, es una apreciación subjetiva basada en un fragmento fuera del contexto de la Guía de Manejo del Aborto de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., donde sin ningún fundamento o conocimiento clínico-científico la parte demandante intenta concluir la manera como se establece el diagnóstico de amenaza de aborto y su manejo clínico.

Al hecho N°46: No es un hecho, es una apreciación subjetiva basada en un fragmento fuera del contexto de la Guía de Manejo del Aborto de la Secretaria de Salud de Bogotá D.C., donde sin ningún fundamento o conocimiento clínico-científico la parte demandante intenta concluir la manera como se establece el diagnóstico de amenaza de aborto y su manejo clínico.

Al hecho N°47: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°48: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°49: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°50: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°51: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°52: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°53: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°54: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°55: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°56: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°57: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°58: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°59: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°60: Es cierto que la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO ingresó al servicio de urgencias de ginecología de la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., el día 16 junio de 2017 a las 23:11 horas; pero no le consta a mí representada lo relacionado con la CLINICA CIUDAD ROMA – COLSUBSIDIO.

Al hecho N°61: Es parcialmente cierto, que el día 16 de junio de 2017 fue atendida la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., por la Doctora LUISA FERNANDA JEREZ AGUDELO; pero no es cierto que ésta doctora no haya realizado ningún examen a aquella paciente, por el contrario si se le realizó un examen clínico cumpliendo los parámetros médicos, que quedó registrado en la historia clínica, donde se describe que la paciente consultó con dolor pélvico, manchado vaginal, síntomas gripales de tres semanas de evolución; cursando con embarazo de 12.5 semanas de acuerdo con ecografía tomada el día anterior en otra institución de salud y en consecuencia por la condición de embarazada de la paciente, se procedió a ordenar un cuidadoso tratamiento ambulatorio para el cuadro gripal y reposo con incapacidad, indicándole además las instrucciones en caso de alguna complicación, por lo cual debería acudir de urgencia nuevamente.

En el examen realizado por la Doctora Jerez a la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, se encontraron signos vitales normales; presencia de rinorrea con antecedentes de estado gripal, leve dolor pélvico, cuello uterino cerrado con mínimo estigma de sangrado. De tal manera que en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A. se procedió conforme a las guías de la Secretaria de Salud de Bogotá, y sabiendo que la ecografía en casos de amenaza de aborto se debe realizar cada 8 días, como se describe anteriormente en el caso concreto la ecografía fue realizada el día inmediatamente anterior; razón ésta y aunado a las aceptables condiciones de salud que presentaba en ese momento la paciente, la médico tratante no consideró que en ese momento la paciente en mención requiriera hospitalización.

Al hecho N°62: No es cierto, ya que la realidad palmaria en la historia clínica demuestra que la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., brindo a la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO la atención oportuna y adecuada que requería, prestándole el servicio sin interponer barreras de ningún tipo que impidieran el acceso a la consulta; la doctora LUISA FERNANDA JEREZ AGUDELO atendió de manera oportuna y pertinente de acuerdo con la sintomatología que presentaba la paciente en mención el día 16 de junio de 2017; ya hemos aclarado que la ecografía había sido realizada el día anterior, es decir el 15 de Junio de 2017 y para la fecha sólo se visualizó estigmas de sangrado escaso.

Al hecho N°63: No es cierto que hubiera existido falta de pertinencia en la atención en salud brindada a la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, ya que la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo realizó una completa anamnesis por medio de un examen muy exhaustivo y reiteramos que no se le realizó una nueva ecografía teniendo en cuenta que la última ecografía había sido tomada el día anterior en otra institución de salud, en la cual mostraba un saco gestacional con embrión vivo y cuello de útero cerrado, de acuerdo a los hallazgos clínicos normales que presentaba la mencionada paciente, ésta podía ser tratada de manera ambulatoria sin requerir hospitalización ni otros exámenes innecesarios que conllevan riesgos inherentes para una mujer en estado de embarazo y la criatura en gestación, conforme los describen las guías de práctica clínica de la Secretaria de Salud.

Al hecho N°64: No es cierto, pues la realidad es que la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., brindo la atención y manejo a la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO bajo la responsabilidad de una profesional idónea, quien realizó una secuencia lógica de actos médicos adecuados y oportunos requeridos por los signos y síntomas de la paciente, con los que determinó que en ese momento la mencionada gestante podía ser manejada ambulatoriamente, sin exponerla a riesgos innecesarios por su condición de mujer embarazada, conforme lo detallan las guías de práctica clínica de la Secretaria de Salud.

Al hecho N°65: No es cierto que la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., haya brindado un servicio irregular a la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, la doctora Luisa

Fernanda Jerez Agudelo atendió a la paciente en mención de manera cuidadosa, amable, oportuna, adecuada, prudente y diligente, definiendo así el plan de tratamiento ambulatorio, el cual era completamente pertinente, y por otra parte desconocemos lo ocurrido a la paciente después de haber egresado de la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.

Al hecho N°66: No es cierto, y además este no es un hecho sino una distorsión subjetiva y malintencionada de los hechos por parte de la demandante, pues la realidad probatoria que se demuestra en la historia clínica de la paciente registra que la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo de la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., atendió a la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO el día 16 de junio de 2017, le realizó un examen clínico completo, encontrando un cuadro de rinofaringitis y un sangrado vaginal mínimo que indicaba una evolución con mejoría, más aun teniendo en cuenta que la ecografía del día anterior mostraba un saco gestacional con un embrión en aceptables condiciones y cuello uterino cerrado, por ello y para proteger a la gestante y a su feto de riesgos inherentes e innecesarios se ordenó un plan de tratamiento ambulatorio, conforme los describen las guías de práctica clínica de la Secretaria de Salud.

Al hecho N°67: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°68: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°69: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°70: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°71: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°72: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°73: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°74: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°75: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°76: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°77: No es un hecho, es una descripción parcial y fuera de contexto de la guía de complicaciones hemorrágicas asociadas del embarazo del ministerio de salud.

Al hecho N°78: No es un hecho, es una descripción parcial y fuera de contexto de la guía de complicaciones hemorrágicas asociadas del embarazo del ministerio de salud.

Al hecho N°79: No es un hecho, son apreciaciones subjetivas a criterio del demandante, refiriéndose a los actos médicos que se deben realizar en los legrados uterinos.

Al hecho N°80: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°81: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°82: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°83: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°84: No es un hecho, es una apreciación subjetiva de la parte demandante.

Al hecho N°85: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°86: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°87: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°88: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°89: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°90: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°91: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°92 No es un hecho

Al hecho N°93 No es un hecho

Al hecho N°94 No es un hecho

Al hecho N°95: No es un hecho

Al hecho N°96: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°97: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°98: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°99: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°100: No es cierto, ya que en realidad y como lo demuestra la historia clínica de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO la única vez que fue atendida en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., le fue prestado el servicio de salud a la a través de la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo quien es una profesional médica idónea y quien de forma prudente y diligente realizó la consulta a la paciente en mención, sin encontrar signos o síntomas que permitieran efectuar una impresión diagnóstica o un diagnóstico de sepsis.

Al hecho N°101: No es cierto, y en lo referente a la atención brindada por una sola vez en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., el día 16 de junio de 2017 la conducta de la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo al atender a la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, fue adecuada, oportuna y ajustada a la Lex Artis Ad-Hoc, siguiendo la Guía de Atención del Aborto que tiene establecida la Secretaria de Salud.

En la descripción registrada en la historia clínica por la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo, se observa que el sangrado de la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO era mínimo y no fétido, no tenía signos de infección, no tenía fiebre y el resultado de la ecografía tomada el día anterior mostraba un saco gestacional viable, no presentaba aborto incompleto; por lo tanto el manejo fue adecuado.

No obstante a ello hay que recordar que en el 50% de los casos la amenaza de aborto puede terminar en un aborto, como lo describe la Guía de Atención del aborto de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Al hecho N°102: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°103: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°104: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°105: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°106: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°107: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°108: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°109: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°110: No es cierto, pues la realidad se ratifica con la historia clínica de la paciente donde se registró que la atención que recibió por solo una vez la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., por parte de la doctora LUISA FERNANDA JEREZ AGUDELO, fue diligente, oportuna, adecuada siguiendo los parámetros que la ciencia médica tiene establecido para los casos de amenaza de aborto; ya hemos aclarado que el día 16 de junio de 2017, la paciente no cursaba con un aborto incompleto.

Al hecho N°111: No es cierto, y con relación a la atención brindada a la señora JHOANA SANCHEZ MORENO el día 16 de junio de 2017 en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., no existió omisión alguna en la atención brindada, ni error diagnóstico ni de tratamiento y la paciente en mención no cursaba con un aborto incompleto en ese momento.

Al hecho N°112: No es cierto, y con relación a la atención que recibió la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., el día 16 de junio de 2017, la profesional en medicina que la atendió en urgencias de la clínica siguió cabalmente la GUÍA DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS ASOCIADAS AL EMBARAZO del Ministerio de Salud, específicamente en el ítem “Amenaza de Aborto”, donde explica que el manejo puede ser ambulatorio, además a la paciente mencionada le fueron tratadas las causas asociadas al embarazo como fue la rinofaringitis que presentaba, ordenándole un manejo ambulatorio; y dándole las recomendaciones pertinentes en caso de que la amenaza de aborto progresara a un aborto.

Al hecho N°113: No es un hecho, son supuestos subjetivo de la parte demandante que no hacen referencia a la atención brindada el día 16 de junio de 2017 en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A.,

Al hecho N°114: No es cierto, y con relación a la atención que recibió la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO en la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., el día 16 de junio de 2017, por la doctora Luisa Fernanda Jerez Agudelo, quien de manera diligente y prudente atendió a la paciente, prescribió un tratamiento ambulatorio y recomendaciones necesarias para el cuidado de su salud.

La parte demandante demuestra su falta de conocimiento técnico-científico cuando de manera incorrecta habla de óbito fetal, por cuanto es bien sabido que en materia médica solamente se habla de óbito a partir de las 20 semanas de gestación o cuando el feto tiene oportunidad de sobrevivir, pero en el caso concreto de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO se presentó un aborto de sólo 12.5 semanas de gestación.

Al hecho N°115: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°116: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

Al hecho N°117: Es cierto, lo relacionado con la edad de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO quien tenía 33 años para la fecha en que consulto a la CLÍNICA DEL OCCIDENTE S.A., no me consta su vinculación laboral.

Al hecho N°118: No es un hecho.

Al hecho N°119: No es un hecho.

Al hecho N°120: No le consta a mí representada, por tratarse de hechos que no se relacionan directamente con la CLINICA DEL OCCIDENTE. Nos atenemos a lo que se pruebe.

III. EXCEPCIONES DE MERITO O DE FONDO:

En cuanto a las Excepciones de Fondo, me ratifico en lo que he expresado en la contestación inicial de la demanda, como sigue:

3.1. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA DEMANDADA CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.

Para que resulte comprometida la responsabilidad en materia administrativa del Estado o de las entidades que son demandadas en un caso como el presente, se requiere que haya existido la llamada falta o falla en el servicio o de la administración, por omisión, retardo, irregularidad, ineficiencia o ausencia del servicio, que implica que la administración haya actuado o dejado de actuar. También se requiere un daño que implica la lesión o perturbación de un bien protegido y una relación de causalidad entre la falta o falla de la administración y el daño, sin la cual, aún demostradas la falta o falla del servicio, no habrá lugar a la indemnización.

Para el caso que nos ocupa, se pretende endilgar a las demandadas la responsabilidad administrativa en el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO. No obstante, que mi representada la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., el día 16 de junio de

2017 atendió en salud por una única vez a la paciente en mención, brindándole un servicio adecuado y oportuno de acuerdo a los signos y síntomas que presentaba en el momento de la atención, diagnosticando un cuadro gripal de tres (3) semanas de evolución y por medio de una ecografía que se había tomado el día anterior se observó un ligero manchado vaginal con embrión vivo y en buenas condiciones y útero cerrado que ameritaba reposo para evitar una amenaza de aborto, ante lo cual se ordenó un manejo ambulatorio conforme a las Guías de Atención del Aborto emanadas del Ministerio de Salud y de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., y por ello mal puede aducirse que existieran fallas en la calidad de la atención en salud de mi representada.

3.2. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE UNA CONDUCTA DESARROLLADA POR LA IPS CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., Y EL FALLECIMIENTO DE LA SEÑORA NINI JHOANA SANCHEZ MORENO

La determinación o la existencia de un comportamiento médico constitutivo de culpa médica, nace de que sea verificable la ocurrencia de un daño a la víctima, luego de la prueba de la conducta descuidada del demandado y por último que esta fue la causante del daño, sin este último elemento que jurisprudencia y doctrina nominan el nexo causal o nexo de causalidad o relación de causalidad no será posible predicar culpa de médico o de la institución que presta el servicio.

El nexo causal es la relación o vínculo que debe existir entre el hecho y el correspondiente daño. Si no hay nexo causal no surge la responsabilidad civil, por que el daño no puede imputarse a quien ejecutó el hecho.

En el anterior orden de ideas, **CLINICA DEL OCCIDENTE** no tiene ningún tipo de responsabilidad en el fallecimiento de la paciente puesto que **NO EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD** entre la conducta asumida por la entidad que represento y el presunto daño sufrido por los demandantes, esto es la muerte de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO.

Así mismo, el presunto daño sufrido por la demandante, no es atribuible a la I.P.S., ni tampoco estaba al alcance de ésta impedir la ocurrencia del hecho, y no existe relación de causalidad entre el fallecimiento de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO y cualquier acción u omisión de la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A, pues de acuerdo a los signos y síntomas presentados (TRIAGE) se evidencia en la historia clínica de la paciente, una adecuada y oportuna atención brindada el día 16 de junio de 2017.

En ese orden de ideas, la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, estipuló cinco categorías de TRIAGE, que se describen a continuación:

TRIAGE I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

TRIAGE II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.

TRIAGE III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

TRIAGE IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

TRIAGE V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

3.3. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Finalmente, sin perjuicio de las excepciones propuestas, de todas formas desde ahora solicitamos al Juzgado dar estricto cumplimiento a lo previsto en el Art. 306 del C.P.C., reconociendo en la Sentencia cualquier excepción que resulte probada, esto es, cualquier hecho impeditivo, modificativo o extintivo de las pretensiones de la demanda.

IV. FUNDAMENTACION FACTICA Y JURIDICA DE LA DEFENSA

En cuanto a la Fundamentación Fáctica y Jurídica de la Defensa, me ratifico en lo que he expresado en la contestación inicial de la demanda, como sigue:

Para el caso que hoy nos ocupa debemos desde ya advertir que no se presenta ningún elemento para predicar la responsabilidad de la CLINICA DEL OCCIDENTE pues la demanda está fundamentada en el fallecimiento del la paciente sobre la base de una infección producto de un aborto que no presentaba en el momento en que fue atendida en la CLINICA DEL OCCIDENTE el día 16 de junio de 2017.

Debemos advertir además que en la atención brindada a la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO se aplicaron las Guías de Atención del Aborto emanadas por el Ministerio de Salud y la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., la lex artis ad-hoc, y demás parámetros de la medicina aplicables a la patología que presentaba en el momento de la atención la mencionada paciente, conforme se registró en la historia clínica, pues la CLINICA DEL OCCIDENTE S.A., se caracteriza por ser una institución cumplidora de las normas y en consecuencia atiende a los usuarios poniendo al servicio de estos todos los elementos que se encuentren al alcance.

Por lo tanto no se puede hablar de una falla del servicio en lo que a mi representada se refiere, pues el fallecimiento de la paciente NINI JHOANA SANCHEZ MORENO no puede atribuirse a acción ni omisión de mi representada

V. PRUEBAS

5.1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS

No me opongo a las pruebas solicitadas por la parte actora y a que se les de el valor que determina la ley.

5.2. SOLICITUD DE PRUEBAS

En primer lugar manifiesto a usted señor Juez que me reservo el derecho a intervenir en todas y cada una de las pruebas solicitadas por los demás sujetos procesales, a fin de ejercer el derecho de defensa y contradicción de mi representada, adicionalmente solicito se admitan, decreten y se tengan como pruebas las siguientes:

5.2.1. DOCUMENTALES:

Solicito tener en calidad de prueba los siguientes documentos:

5.2.1.1. El poder conferido para actuar.

5.2.1.2. Copia de la historia clínica de la paciente, en la CLINICA DE OCCIDENTE S.A.

5.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE:

5.2.2.1. Le solicito citar al demandante señor JUAN CARLOS BALLESTEROS DIAZ y a los demás demandantes mayores de edad, para que absuelvan el interrogatorio de parte que les formularé en la audiencia correspondiente.

5.2.3. TESTIMONIOS:

5.2.3.1. Le solicito ordenar la práctica del testimonio del Dr. JUAN CARLOS HERNANDEZ, médico especialista y Jefe del servicio de urgencias de la CLINICA DEL OCCIDENTE para que declare sobre los hechos de la demanda y su contestación y específicamente sobre el manejo del TRIAGE en la Institución.

Puede ser citado a la CLINICA DEL OCCIDENTE ubicada en la Avenida de las Américas No. 71C-29 de la ciudad de Bogotá.

5.2.3.2. Le solicito ordenar la práctica del testimonio de la Dra. LUISA FERNANDA JEREZ AGUDELO, médico al servicio de urgencias de la CLINICA DEL OCCIDENTE para que declare sobre los hechos de la demanda y su contestación y específicamente sobre el manejo del TRIAGE en la Institución.

Puede ser citada a la CLINICA DEL OCCIDENTE ubicada en la Avenida de las Américas No. 71C-29 de la ciudad de Bogotá.

5.2.3.3. Le solicito citar al señor EDGAR ADRIAN ORTIZ MUÑOZ o quien haga sus veces como Jefe de Vinculación de la empresa EFICACIA S.A. identificada con NIT 800137960, para que haga reconocimiento de la autenticidad de la Certificación Laboral No. 3303449 expedida a nombre de la señora NINI JHOANA SANCHEZ MORENO y presentada como prueba por la parte demandada, y además para que declare sobre el contenido de dicho documento y absuelva las preguntas que le formularé en la audiencia correspondiente.

A esta persona se le puede notificar a la dirección que figura en la parte inferior del mencionado documento y/o por medio de la parte demandante.

VI. RATIFICACION DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA EFECTUADO A
ALLIANZ SEGUROS S.A.

Me permito ratificar en los mismos términos presentados y que obran en el expediente, el LLAMAMIENTO EN GARANTIA efectuado por mi representada a ALLIANZ SEGUROS S.A., presentado con los respectivos anexos junto con la contestación inicial de la demanda.

VII. ANEXOS

Me permito solicitar que se tengan como anexos los obrantes con la contestación inicial de la demanda y ADICIONALMENTE LA HISTORIA CLINICA DE LA PACIENTE NINI JHOANA SANCHEZ MORENO, EN LA CLINICA DE OCCIDENTE S.A.

VIII. NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en la secretaría de su Despacho o en la ciudad de Bogotá Carrera 15A No. 120-42 of. 202. correo electrónico clalusegura@hotmail.com
Mi mandante las recibirá en la Avenida de las Américas No. 71C-29 de la ciudad de Bogotá. CORREO ELECTRÓNICO direccion@clinicadeloccidente.com

La Demandante las recibirá en la dirección indicada en el escrito de la demanda.

Del señor Juez atentamente,



CLAUDIA LUCIA SEGURA ACEVEDO
C.C. 35.469.872 BOGOTA
T.P. 54.271 C.S.J.