



Victor Manuel Cabal Pérez • Consultores Legales

Doctora
DANITH CECILIA BOLIVAR OCHOA
Juez 5 Civil del Circuito de Valledupar
E.S.D.

Proceso: Verbal
Demandante: PRUDENCIA MENDOZA. Y O.
Demandado: CLINICA MEDICOS S.A.
Asunto: Contestación Demanda
Radicado: 2020/0002/00

VICTOR MANUEL CABAL PÉREZ, mayor de edad, domiciliado en Valledupar, identificado con cédula de ciudadanía No. 8.723.896 de Barranquilla, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 37.655 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial de las demandadas, dentro del proceso citado en la referencia estando dentro de la oportunidad procesal señalada por la ley, me dirijo a su despacho respetuosamente para contestar demanda, en uso del poder conferido por el representante legal de la CLINICA MEDICOS S.A., doctor ELIZABTEH ARCE MUÑOZ pronunciándome en los siguientes términos:

I. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a laprosperidad de todas y cada una de las pretensiones y condenas solicitadas por la parte demandante; toda vez que mi poderdante no ha causado el supuesto daño alegado por la parte demandante, razón por la cual no es civilmente responsable por los supuestos perjuicios causados, tal como se demostrará en este proceso.

En cuanto a los perjuicios, en los procesos de responsabilidad el actor que pretende se le indemnice el daño causado ha de probar fehacientemente el daño en toda su magnitud, ya que es él quien lo padece. **EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE**, so pena de que no proceda su indemnización, esto invocando el artículo 177 del C.P.C, , ya que la jurisprudencia colombiana ha sido enfática en afirmar “el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

Recordando al maestro ANTONIO ROCHA, se puede anotar que dicha regla es apenas natural por que los elementos que lo integran (el daño) son conocidos, mejor que nadie por el mismo acreedor que los ha sufrido y a él le toca obviamente, poner

de presente los medios conducentes para conocer su existencia y su extensión. **No basta, entonces, que en la demanda se hagan afirmaciones sobre la existencia del daño, porque el demandante no puede limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio que por demás no pueden ser valoradas como si se trataran de hechos notorios o presumibles y no de situaciones cuya comprobación por mandato legal, le correspondía al demandante.**

II. FRENTE A LOS HECHOS

Paso a pronunciarme a continuación sobre los hechos de la demanda, de acuerdo con lo narrado por mi poderdante:

PRIMERO. Por ser hechos de terceros, no le consta a mi poderdante lo que aquí se afirma, y lo que deberá ser demostrado en el proceso.

SEGUNDO. Se considera cierto, dado que los registros de la historia clínica muestran a Cajasalud EPS como ente asegurador de la señora Velázquez, se considera cierto.

TERCERO. Es parcialmente cierto. La evidencia al momento de valorar a la señora Velázquez muestran una obesidad mórbida (obesidad muy severa) además de una hipertensión arterial igualmente severa. El hecho de que la señora Velázquez no haya tenido controles médicos ni cumplido su obligación de autocuidado y control médico para el diagnóstico de estas patologías, no la hace una paciente sana al momento de los hechos, tal como pretende mostrar el demandante.

CUARTO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos.

QUINTO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos.

SEXTO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos. Y además este examen **DESCARTA LA PRESENCIA DE TROMBOSIS A NIVEL DE LA PIERNA.**

SEPTIMO. Es parcialmente cierto. Como se ha comentado en el hecho anterior, la **TROMBOSIS HA SIDO DESCARTADA**, no hay hallazgos clínicos ni en los exámenes. Dicho evento es confirmado además por el especialista en Cirugía Vasculuar, quien corrobora los hallazgos y registra que el cuadro de dolor puede deberse a otro evento, entre ellos el cuadro de obesidad mórbida de la señora Velázquez. Puede verse que para este momento **NO HAY EVIDENCIA NINGUNA DE TROMBOSIS** ni razón alguna para realizar intervenciones medicas diferentes a las establecidas hasta el momento. Sobre los medicamentos debe aclararse que desde su ingreso la señora Velázquez recibe tratamiento con HEPARINA, un medicamento anticoagulante, además del tratamiento para su hipertensión arterial y

analgésicos. **Por lo tanto, lo que afirma el demandante pretendiendo mostrar ausencia de tratamiento médico, es totalmente falso.**

OCTAVO. Es parcialmente cierto. Hay un hecho muy importante para aclarar en este momento, cuando es valorada el 10 de abril de 2017: hay un cuadro clínico totalmente diferente y hallazgos clínicos totalmente diferentes a los previos. Para este momento se evidencia frialdad y diferencia de los pulsos en las piernas, lo que puede indicar una trombosis arterial. Por lo tanto, se solicita un nuevo estudio de Doppler de la pierna en forma urgente para corroborar este hallazgo clínico.

NOVENO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO. NO es cierto. La nota del demandante no es muy clara. La señora Velázquez permanece hospitalizada entre el 4 y el 10 de abril de 2017 y **SE HABIA DESCARTADO POR COMPLETO LA TROMBOSIS DE LA PIERNA.** Solo hasta el 10 de abril se encuentran hallazgos clínicos y se realiza un NUEVO ESTUDIO DE DOPPLER (el primero se había realizado descartando totalmente una trombosis) y se sospecha la trombosis arterial, por lo que el especialista en radiología sugiere realizar una arteriografía. **Por lo tanto, si lo que presente mostrar el demandante es que se había solicitado la arteriografía y se había tenido una alta sospecha de trombosis arterial desde el ingreso, sus comentarios carecen por completo de fundamento.**

UNDECIMO. Es parcialmente cierto. Entendemos por la narración que hay un grave **error de percepción** por parte del demandante en los hechos realmente sucedidos en este caso. La oclusión arterial o su sospecha se establece entre el 10 y 11 de abril (no al momento de su ingreso) y, además, la historia clínica reporta que se solicita su remisión a un centro donde se disponga de la tecnología y el recurso médico para realizar la arteriografía.

DOCE. Es parcialmente cierto. **La remisión de un paciente a otra institución no es una orden médica solamente:** requiere de la **participación y autorización** del ente asegurador y pagador, quien dentro de su red de prestadores debe garantizar la asistencia en la institución a la que sea remitido el paciente. En la historia clínica se encuentran registros de que está pendiente la autorización y remisión del paciente, dependiendo este procedimiento de su ente pagador. Según consta en la historia clínica el 12 de abril de 2017

ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA CON DX ANOTADOS, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR, PENDIENTE AUTORIZACION DE AORTOGRAMA+ ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES. A ESPERA DE EVOLUCIOIN SATISFACTORIA.

Esto significa que su pagador está pendiente se autorizar el examen y además indicar donde debe ser remitida. Otras notas muestran los mismos hallazgos el 13 de abril de 2017

ANÁLISIS: EN REGULAR ESTADO GENERAL. ALGICA MUY QUEJUMBRA REFIERE QUE PASO MALA NOCHE CON EL DOLOR. SE LE ADMINISTRÓ TRAMAL DAPIRONA Y DICLOFENACO PERO PERSISTIÓ CON EL DOLOR. EN EL MOMENTO CON DOLOR DE GRAN INTENSIDAD ESCALA ANALOGA DEL DOLOR 9/10 POR LO QUE INDICÓ MORFINA AMP 10 MG DILUIR EN 10 CC Y PASAR 3 CC IV LENTO AHORA. TIENE PENDIENTE QUE EPS AUTORICE DE MANERA URGENTE ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, CONTINUA MANEJO MEDICO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR

Como puede verse “*TIENE PENDIENTE QUE EPS AUTORICE DE MANERA URGENTE ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, CONTINUA MANEJO MEDICO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR*”.

Puede verse que el grupo médico de la Clínica Médicos ha identificado desde el 11 de abril la lesión, pero se espera hasta el 15 de abril la remisión de la paciente, cuando su pagador indica donde debe ser remitida. Por lo tanto, no hay responsabilidad imputable a la Clínica Médicos por el tiempo que se tarda el proceso de remisión.

TRECE. Es parcialmente cierto. La orden de remisión ha sido emitida por el grupo medico de la Clínica Médicos, pero como se ha comentado y se registra en la historia clínica esto depende de su ente asegurador. Pero **no es cierto** que la señora Velázquez haya recibido **tratamiento inadecuado**. De hecho, durante este proceso se le realizan los demás estudios metabólicos, cardiovasculares y el tratamiento para la severa hipertensión arterial que presentaba. Por lo tanto, lo que se afirma sobre su tratamiento no es cierto.

CATORCE. Es parcialmente cierto. Se considera cierto que se esta esperando la orden de remisión de su ente asegurador. Pero la señora sigue siendo valorada por los especialistas y recibiendo el tratamiento necesario según la disponibilidad de recursos de la Clínica Médicos.

QUINCE. NO es cierto como se comenta. Hemos demostrado que las notas hablan de la orden de remisión desde el 11 de abril. **NO ES SIMPLEMENTE LA ORDEN MEDICA LO QUE DEFINE LA REMISION**, dado que es el ente asegurador quien debe definir la autorización de traslado del paciente dentro de su red de proveedores. Por lo tanto, **lo que se afirma no es cierto**, pues el grupo asistencial y administrativo de la Clínica Médicos había definido la necesidad de remisión desde varios días antes.

DIECISEIS. Debe demostrarse. Dado que se trata de atenciones ajenas al actuar de la Clínica Médicos deben demostrarse.

DIECISIETE. Debe demostrarse. Dado que se trata de atenciones ajenas al actuar de la Clínica Médicos deben demostrarse.

DIECIOCHO. NO es cierto como se comenta. Nuevamente se evidencia el error del demandante en su percepción de los hechos y la narración que hace. Como hemos demostrado previamente, entre el 4 y el 10 de abril de 2017 se **HABIA DESCARTADO POR COMPLETO LA TROMBOSIS**. Esta solo se sospecha y confirma entre el 10 y 11 de abril. Y se solicita el examen especializado, como igualmente hemos demostrado. El especialista en Cirugía Vasculat igualmente confirma la necesidad de la

arteriografía y **ESTA ES SOLICITADA PARA REMISION A UN CENTRO DE MAYOR COMPLEJIDAD.** Por lo tanto, la responsabilidad por una demora injustificada en el manejo de la paciente no tiene fundamento.

DIECINUEVE. NO es cierto Se reitera: para el 10 de abril, ya se había DESCARTADO la presencia de trombosis. Por lo tanto, si la patología ha sido descartada, ¿sobre que premisa se comenta que había requerimiento permanente de cirugía vascular? La historia muestra el seguimiento juicioso de la paciente por especialistas en Medicina Interna, quienes tienen la formación académica para realizar el proceso de evaluación y tratamiento de las patologías adicionales que presentaba la señora Velázquez dado que su trombosis se había descartado. Y cuando el cuadro clínico cambia y se tiene la sospecha de la trombosis arterial entre el 10 y 11 de abril, es claro que se requiere la Arteriografía y por lo tanto la remisión, que hemos demostrado fue solicitada a su entidad aseguradora.

VEINTE. NO es cierto como se comenta. **Deberá demostrar el demandante que el tratamiento de la paciente “podía ser curada o tratada de manera rápida”** y que la patología que presentaba podía tratarse sin consecuencia ninguna. Esto es simplemente su percepción, pero probablemente aun con todos los tratamientos necesarios, la señora Velázquez tenía un riesgo muy alto de lesiones o amputación. Así mismo comenta que de haber sido valorada por un Cirujano Vascular este le habría realizado “el examen de ultrasonido Doppler, aplicado anticoagulantes...”. Y al parecer desconoce el demandante que a la señora Velázquez **SE LE REALIZARON DOS DOPPLER Y RECIBIO TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES DESDE EL MOMENTO DE SU INGRESO.** Posteriormente comenta sobre **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y SUS SECUELAS NEUROLOGICAS,** evento este que nada tiene que ver ni con la patología ni con lo sucedido en este caso, mostrando nuevamente el total desconocimiento del demandante de los hechos realmente sucedidos en este caso y que lo llevan a emitir afirmaciones totalmente falsas.

5

VEINTIUNO. NO es cierto. Hemos demostrado plenamente en los hechos anteriores que lo que se afirma no es cierto y se desprende del desconocimiento del demandante de los hechos realmente sucedidos en este caso.

VEINTIDOS. NO es cierto. Hemos demostrado plenamente en los hechos anteriores que lo que se afirma no es cierto y se desprende del desconocimiento del demandante de los hechos realmente sucedidos en este caso.

VEINTITRES. Por ser hechos de terceros, no le consta a mi poderdante lo que aquí se afirma, y lo que deberá ser probado al tenor de lo dispuesto en el artículo 167 del CGP.

VEINTICUATRO. Es parcialmente cierto. Los protocolos que se comentan se consideran ciertos. Pero debe aclararse que la señora Velázquez **NUNCA PRESENTO UNA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE LA PIERNA Y QUE ESTA FUE DESCARTADA CON EL PRIMER EXAMEN DOPPLER REALIZADO.** Por lo tanto, **la aplicación de estos protocolos no tiene utilidad ninguna en este caso.**

VEINTICINCO. NO es cierto como se comenta. Se reitera: lo que se afirma no es cierto y se desprende del desconocimiento del demandante de los hechos realmente sucedidos en este caso.

VEINTISEIS. Debe demostrarse. De la idoneidad y apego a la lex artis ad hoc, hable la historia clínica, y lo demostraremos en el curso del debate probatorio con la prueba pericial correspondiente.

VEINTISIETE. Debe demostrarse., ya que por ser hechos de terceros, no le consta a mi poderdante lo que aquí se afirma, y lo que deberá ser probado al tenor del artículo 167 del CGP.

VEINTIOCHO. Debe demostrarse. Lo comentado debe demostrarse. Pero debe tenerse en cuenta que no hay responsabilidad ninguna por parte de la Clínica Médicos respecto al incumplimiento de la ARL, EPS o cualquier otro ente, frente a sus responsabilidades para con la señora Velázquez.

VEINTINUEVE. Por ser hechos de terceros, no le costa a mi poderdante lo que aquí se afirma, y lo que deberá ser probado al tenor de lo dispuesto en el artículo 167 del CGP.

TREINTA. No es un hecho imputable a mi poderdante.

TREINTA Y UNO. NO es un hecho imputable a mi poderdante.

EXCEPCIONES

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REPARAR POR AUSENCIA DE HECHOS QUE CONFIGUREN NEXO DE CAUSALIDAD FRENTE A CLINICA MEDICOS S.A.

La relación de causalidad es la demostración de que un daño sufrido por el enfermo es sólo explicable por una falta cometida por el médico. Dicho de otra forma, la falta médica es el origen del daño. Así, los hechos fortuitos o los que tienen origen ajeno a la acción médica no pueden ser motivo de responsabilidad.

La causalidad es el camino o proceso que conduce desde el hecho inicial hasta la situación presente, es el puente entre el acto médico y la situación lesiva; se trata de una relación que muchas veces presenta extraordinarias dificultades para valorarla. Hemos tenido siempre dudas o explicaciones multicausales, que dan lugar a peritajes delicados y complejos, pero inexcusables dada su trascendencia.

Las principales dificultades tienen su origen en un hecho muy habitual: la multiplicidad de causas.

Es excepcional que en el daño sufrido por el paciente exista una causa única, lineal o directa, cuya consecuencia inevitable sea ese daño. Es habitual un conjunto de

concausas, con un papel más o menos trascendente en el desencadenamiento del daño. Por ejemplo, las infecciones nosocomiales. En este caso hay que tener en cuenta que no es una obligación de seguridad exactamente igual a la que hay si se derrumba un techo; es un microorganismo vivo en un huésped que también tiene su mecanismo inmunitario, y hay una serie de factores que podríamos llamar concausas que pueden favorecer que el paciente de la cama tal se infecte y el que está al lado en contacto con los mismos gérmenes no se infecte.

De los distintos criterios para valoración de la causalidad entiendo como el único aceptable en la peritación médico-legal de la responsabilidad médica el de la causalidad adecuada. De acuerdo con este criterio, son causas aquellos sucesos capaces de producir el efecto lesivo en un desarrollo lógico de la cadena de procesos patogénicos. La causalidad médica, al momento de realizar la pericia, suele ofrecer grandes dificultades y es necesario discriminar la participación de distintas concausas. Muchas veces la dificultad radica en el insuficiente conocimiento médico de la patogenia de ciertas enfermedades; radica entonces en la propia medicina. En efecto, aun cuando, gracias a los progresos científicos, las enfermedades son cada vez mejor conocidas, no siempre están aclarados todos los elementos que llevan a su aparición y a las diferentes evoluciones. Frecuentemente se manejan hipótesis interpretativas pero sin una validez definitiva, y por tanto de un poder probatorio médico-legal no absoluto, no certero.

Entiendo que la base del juicio médico-legal sobre la causalidad será fundamentalmente un criterio final fisiopatológico. De acuerdo con este criterio los datos de la historia clínica y el examen pericial, en el caso objeto de la pericia, se comparan y contrastan con descripciones y estadísticas de cuadros patológicos, del tipo del alegado en la demanda, pero tal como aparecen en casos espontáneos. De esta comparación surge objetivamente la existencia o ausencia de causalidad entre la acción médica y el daño que se le imputa.

La especificidad de la ciencia que resulta en apariencia lesionada, y ésta es la razón motivadora de la acción, deberá ser la que proporcionará los elementos indicativos o caracterizadores de la relación causal que deberá ser demostrada eficientemente para la continuidad y conclusión del proceso.

Para que se pueda hablar de Responsabilidad en este caso, es necesario que haya mediado una relación de causalidad adecuada. La doctrina señala que la relación causa a efecto es el elemento material que vincula directamente el daño con el hecho e indirecta y sucedáneamente con los factores de atribución de la responsabilidad. Se considera por numerosos autores, que la relación de causalidad adecuada se establece en función de la posibilidad y probabilidad de un resultado, atendiendo a lo que corrientemente acaece según lo indica la experiencia diaria en orden al curso ordinario de los acontecimientos. Para establecer la vinculación entre dos sucesos, es

menester realizar un juicio retrospectivo de probabilidad, conocido por la doctrina como prognosis póstuma, cuya formulación es la siguiente: ¿la acción u omisión que se juzga era per se apta o adecuada para provocar esa consecuencia? En otras palabras la relación causal exige una relación efectiva y adecuada entre una acción y una omisión y el daño, es decir este debe haber sido causado por aquella. En el caso que nos ocupa no existe ninguna relación entre la actuación desplegada por mi poderdante y los presuntos perjuicios demandados.

Se rompe el Nexo Causal y por lo tanto hay lugar a exoneración de responsabilidad cuando el daño no es consecuencia de la negligencia del deudor.

Y en orden de la causalidad acá debatida, tal como lo manifiesta el profesor Juan H. Sproviero, debemos tener por cierto, de manera incontrovertida o excluyentemente, que en el ilícito estrictamente culposo, la causalidad que pueda ser caracterizada como general debe tener su origen en aquella actividad científica donde se implica el hecho cuya investigación se practica. Allí debe quedar radicada la posibilidad acriminadora originaria. Se trata en el evento de una causalidad signada por sus características genéricas.

La causalidad genérica se ubica dentro de la rama científica de la actividad de que se trate y compete a su exclusiva orbita, no cabiendo en la emergencia hacer abstracción de tal consideración, so riesgo de caer en equívocos o errores insuperables, ya que la causalidad llamada genérica aparecería distorsionada, pues el único resorte hábil estaría dado por la rama científica de la disciplina de que trata el hecho a cuyo sometimiento – del juzgador- fuera llevado, y es esta ciencia o rama científica la que dará la posibilidad excluyente para demostrar la relación causal, pues solo en cuanto ella la autorice, quedará arbitrada su inclusión. Al juzgador le queda afianzar por medio de su intervención, la autorización que la relación causal en la ley específica enuncia como hábil cuando de una manera u otra queda demostrada la relación causal; al juez competente, en el supuesto, determinar si el hecho concreto la conducta del accionado se acomoda a la ley.

En el caso que nos ocupa, se debe demostrar palmaria e inexorablemente que su actividad produjo los supuestos daños alegados por demandante y si no se predica conducta activa u omisiva por parte de **CLINICA MEDICOS S.A.**, no será posible definir la causalidad que se precisa para erigir la responsabilidad deprecada.

Para que exista responsabilidad en cabeza del médico debe existir una relación de causa-efecto entre su conducta y el daño que alega el paciente. Sin este Nexo causal, no surge la obligación de reparar, que es el fin de la responsabilidad civil; puesto que nuestro Código Civil acogió el Régimen Subjetivo de Responsabilidad, el cual exige la

presencia de tres elementos para que pueda hablarse de responsabilidad civil: una conducta culposa, un daño y un nexo causal.

“Lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva”¹

Para que una persona sea declarada civilmente responsable, es indispensable que el daño alegado por la víctima sea la consecuencia o el resultado de la conducta del demandado. De esta manera, tenemos al Nexo Causal como un requisito sine qua non para que se declare la responsabilidad civil; teniendo en cuenta que el nexo causal es la relación o vínculo que debe existir entre el hecho y el daño.

“Frente a la comprobación de un daño, el jurista debe desandar los acontecimientos que han conducido al resultado daño, analizando o descubriendo cuál de todas las condiciones previas alcanza el grado de verdadera causa jurídica (...) Contradice la sensibilidad jurídica hacer responsable al agente sencillamente por todas las causas que precedieron el resultado, sino que al derecho le interesa deslindar aquellas causas que originan responsabilidad de las que quedan fuera de ésta.

La causa del daño es sólo aquella condición que normalmente resulta apta para producir el resultado. Solamente es causa idónea la que, haciendo un juicio de probabilidad, normalmente, según la experiencia de la vida, produce u ocasiona el resultado daño que debe atribuirse al hecho. Las demás son meras condiciones, factores o antecedentes.”²

Así pues, cuando esta necesaria relación de causa a efecto entre la conducta del demandado y el daño alegado por la actora no existe, no puede declararse la responsabilidad puesto que el daño no puede imputarse, no puede atribuirse al demandado. En el caso en estudio, debemos preguntarnos:

- ¿Fue la conducta del personal médico o paramédico de la **CLINICA MEDICOS S.A.**, la que causó los daños alegados por el paciente y sus familiares?

La respuesta a estos interrogantes es un **NO** rotundo desde cualquier punto de vista.

No puede endilgarse Responsabilidad cuando no se acredita que el daño es una consecuencia directa del actuar culposo del agente.

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de Enero 30 de 2001, MP: José Fernando Ramírez Gómez

² VÁSQUEZ FERREIRA, Roberto: “Responsabilidad por Daños”, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1993

Con las pruebas científicas que se recaudarán se demostrará que la situación actual del paciente se debe única y exclusivamente a una complicación inherente a su patología

Por esta razón, se debe declarar probada la excepción de Inexistencia de la Obligación de Reparar por Ausencia de Nexo Causal, elemento que desde ningún punto de vista se acredita en este caso, razón por la cual no es dable declarar a mi poderdante civilmente responsable de unos daños que no ha causado.

ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA – CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS AD HOC

Para juzgar la conducta de un médico en un proceso de responsabilidad es indispensable examinar el elemento culpa, para lo cual acudimos a un patrón de comparación, que es la denominada “Lex Artis”, la cual hace referencia a la ejecución del acto médico conforme a la práctica aceptada en medicina, esto es, al cumplimiento de los criterios de excelencia y pautas de conducta que indica el desarrollo de la ciencia y técnica médicas; si la actuación del médico observó las normas de excelencia de los usos médicos del momento, se dice que cumplió con la lex artis.

Así las cosas, hoy en día es aceptado este patrón de comparación, como quiera que la lex artis se erige como el criterio valorativo de corrección del acto médico concreto; nuestro sistema jurídico no es ajeno a esta realidad, por ello nuestra Corte Suprema de Justicia ha reconocido y aceptado la necesidad de acudir a la Lex Artis en los casos como el que nos ocupa, para poder verificar en los procesos de responsabilidad médica “las especiales características del autor, su especialidad, la complejidad del acto, la trascendencia vital para el paciente, los medios disponibles, el lugar y momento del acto, el estado e intervención del enfermo, en fin, todas las circunstancias que de algún modo inciden en la intervención o acto médico ejecutado.”³

10

De esta manera, el Señor Juez deberá verificar en el presente caso el acatamiento por parte de del personal mSe trata de un paciente que presenta dolor a nivel de rodilla izquierda, consultado en el año 2009 a la Clínica Médicos siendo valorado por Ortopedia. Según se comenta, se hace el diagnostico de lesión de meniscos, por lo que se programa para una artroscopia.

RESUMEN DEL CASO

Se trata de una mujer de 46 años, quien ingresa el 4 de abril de 2017 a la Clínica Médicos, presentando dolor a nivel del miembro inferior, especialmente a nivel del talón del pie derecho. Como hallazgos

³ JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ GÓMEZ, Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros, Barranquilla, 2004.

positivos adicionales se encuentra una paciente con Obesidad Mórbida (es decir obesidad muy severa) y cifras de tensión arterial muy elevadas.

Se tiene la sospecha de una trombosis venosa de la pierna derecha, por lo que se inicia tratamiento con Heparina de bajo peso molecular y se solicita un estudio de imágenes conocido como Doppler Arterial y Venoso. Dicho examen es realizado y reportado en la historia el 5 de abril de 2017, donde se descarta la trombosis venosa y hay una oclusión parcial menor del 50% de la arteria femoral superficial. Estos hallazgos no ameritan una atención urgente dado que no hay una oclusión ni trombosis de los vasos sanguíneos de las piernas. La paciente permanece hospitalizada, es valorada por especialista en Cirugía Vascul ar el 8 de abril, descartándose una patología vascular con los hallazgos. En ese momento NO HAY EVIDENCIA DE TROMBOSIS NI CLINICAMENTE NI POR EXAMENES: los pulsos son normales y el examen de Doppler muestra una patología que no requiere manejo médico ni quirúrgico en el momento. La paciente continúa su manejo por especialistas en Medicina Interna.

Hay un nuevo hallazgo y cuadro clínico evidenciado el 10 de abril, cuando se encuentra diferencia de temperatura entre las dos piernas. Por esta razón se le solicita un nuevo estudio de Doppler en forma urgente. Este examen muestra hallazgos totalmente diferentes: se ha presentado una oclusión de las arterias de la pierna derecha. Por esta razón, se solicita nuevamente valoración por cirugía vascular, pero se va a requerir un examen adicional para poder confirmar los hallazgos: una ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES. Este es un examen especializado que no puede ser realizado en la Clínica Médicos.

La valoración del Cirujano Vascular el 12 de abril, confirma lo que se ha comentado: se requiere realizar la Arteriografía solicitada previamente y además manejar la paciente en un centro que cuente con equipos de hemodinamia. Por esta razón, se inicia el proceso de remisión a la paciente a otra institución para su estudio y tratamiento. La historia clínica muestra que, hasta el 15 de abril, se espera la autorización de su pagador para ser remitida a un centro donde puedan realizarle el examen y además iniciar el tratamiento. Según consta en la historia, solo hasta el 15 de abril de 2017 se obtiene dicha remisión al Instituto Cardiovascular del Cesar.

ACTO MEDICO EN CUESTION:

- Diagnóstico de la trombosis arterial de miembros inferiores

ANALISIS DEL CASO

Antes de continuar con la evaluación del caso, es necesario explicar los términos médicos encontrados en los hechos y las recomendaciones de la literatura científica respecto a ellos. Los vasos sanguíneos se dividen en VENAS y ARTERIAS, siendo los primeros los que llevan sangre no oxigenada y las arterias las que llevan el flujo de sangre con oxígeno a los tejidos.

Ambos tipos de vasos sanguíneos pueden sufrir lesiones obstructivas, siendo las más frecuentes las trombosis o formación de trombos que ocluyen la luz de los vasos.

Las trombosis venosas son patologías generalmente asociadas a eventos crónicos, siendo las más graves las de las piernas dado que los trombos pueden desprenderse y migrar hacia los pulmones, pues la sangre VENOSA fluye desde las piernas y los demás órganos hacia el corazón y pulmones.

Es muy diferente la presentación y manejo de las trombosis de las ARTERIAS. Pues dado que estas llevan la sangre oxigenada hacia los tejidos, su oclusión o trombosis va a producir la pérdida de oxigenación del tejido y por lo tanto pueden llevar a gangrena y pérdida del órgano o la extremidad.

“ISQUEMIA AGUDA EXTREMIDADES

Definición

- Es el síndrome resultante de la interrupción más o menos brusca del flujo arterial de una extremidad, ya sea por embolia, trombosis u otra causa.*
- Cuando una arteria se ocluye agudamente aparece una isquemia importante de los tejidos situados distalmente a la obstrucción y constituye una emergencia médica, de hecho, es la urgencia vascular más frecuente.”⁴*

El tiempo que permanezca sin aporte de oxígeno la extremidad llega hasta un punto conocido como isquemia crítica, luego del cual está ya no es recuperable y su único tratamiento es la amputación.

“OCLUSIÓN (ISQUEMIA) ARTERIAL AGUDA DE LAS EXTREMIDADES (OAA)

De acuerdo con la clasificación de Consenso intersociedades para el manejo de la enfermedad arterial periférica (TASC II), la isquemia arterial aguda de un miembro se define como la disminución abrupta en la perfusión de una extremidad, que produce una amenaza potencial a la viabilidad de la misma (manifestado como dolor isquémico de reposo, úlceras isquémicas y /o gangrena) en pacientes que se presentan dentro de las dos semanas del evento agudo.

Los pacientes que se presentan más allá de las dos semanas se los considera como poseedores de isquemia crítica de un miembro, la que, por definición, es crónica.”⁵

⁴ Ver en: http://www.somics.info/upload/arxiu_articles/1054ManualPatoIVascular.pdf

⁵ **Oclusión arterial aguda de las extremidades.** Pablo Blanco. Médico UCC. Revisor: José Luis do Pico. Médico UCC. Jefe de Servicio UCC. Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, Necochea. 2009. <http://www.meducar.com.ar/cursos/files/oclusion-arterial-aguda-de-las-extremidades.pdf>
<http://www.meducar.com.ar/cursos/files/oclusion-arterial-aguda-de-las-extremidades.pdf>

El cuadro clínico de la oclusión arterial aguda es típico, pues se produce un cuadro de dolor con sensación de frialdad en el miembro afectado, cambios en la coloración inicialmente con palidez y pérdida de los pulsos en el examen clínico. Y estos signos clínicos de la oclusión arterial aguda son típicos y se reconocen con facilidad.

“La presentación clínica completa de la OAA (oclusión arterial aguda) se puede recordar con la siguiente regla mnemotécnica:

Regla de las 6 P (en inglés)

P: Pain

P: Parestesias

P: Pale (palidez)

P: Poiquilotermia

P: Parálisis

P: Pulsos (ausencia)”⁶

“Manifestaciones clínicas:

Los signos y síntomas cardinales se pueden reducir a los siguientes:

- Ausencia de pulsos*
- Palidez*
- Frialdad distal*
- Parestesias*
- Parálisis*

El dolor y la frialdad son los clásicos síntomas.

El dolor se presenta en forma brusca a nivel de los grupos musculares afectados, incrementándose en el tiempo y no responde a los analgésicos comunes ni con los cambios de posición.

Frente a la ausencia de pulsos distales se debe confirmar su presencia en el miembro contralateral, ya que de existir pulso la sospecha de embolia en el miembro doloroso se hace más fuerte.

Las parestesias se presentan inicialmente en los dedos y si empeora la isquemia, abarcará mayor superficie. La sensibilidad al tacto es la que primero se altera, por la mayor susceptibilidad de estos grupos nerviosos a la isquemia.”⁷

⁶ **Oclusión arterial aguda de las extremidades.** Pablo Blanco. Médico UCC. Revisor: José Luis do Pico. Médico UCC. Jefe de Servicio UCC. Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra, Necochea. 2009.
<http://www.meducar.com.ar/cursos/files/oclusion-arterial-aguda-de-las-extremidades.pdf>

⁷ Isquemia Arterial Aguda en Miembros. http://www.intramed.net/sitios/libro_virtual/pdf/22.pdf

Como puede verse, el diagnóstico de la trombosis arterial de los miembros inferiores es muy típico pues hay dolor, cambios en la coloración de la piel y ausencia de pulsos. Posteriormente, se produce palidez y con el paso del tiempo, hay cambios por la isquemia o disminución del flujo de sangre que llevan a signos de gangrena y pérdida irreversible del tejido.

En el caso que nos ocupa la señora Velasquez presentaba un cuadro de dolor en la pierna a su ingreso. Sumado a una hipertensión arterial severa para la cual no tenía diagnóstico y además una obesidad mórbida. Pero al momento de ingresar no tiene signos clínicos de trombosis arterial y tampoco los exámenes muestran esta lesión.

Solo hasta el 11 de abril (es decir 8 días después de ingresar) se presentan estos signos y se confirma dicho cuadro clínico con un nuevo examen de Doppler. Es claro que durante esos 8 días no hay evidencia de oclusión ni había evidencia clínica de que se estuviera presentando.

Una vez identificado el cuadro clínico, se requiere de un estudio especializado y tratamiento en una Unidad de Hemodinamia, los cuales no están disponibles en la Clínica Médicos, por lo que se solicita su remisión a un centro que los tenga disponibles.

Al momento de los hechos, la remisión de un paciente va a depender de su entidad aseguradora: es el ente pagador quien debe tener dentro de su red de proveedores la disponibilidad de la institución y autorizar dicha remisión para que la paciente sea trasladada a la misma. Según consta en la historia clínica el 12 de abril de 2017

ANÁLISIS: PACIENTE FEMENINA CON DX ANOTADOS, ALERTA, CONCIENTE, ORIENTADA, EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR, PENDIENTE AUTORIZACION DE AORTOGRAMA+ ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES. A ESPERA DE EVOLUCION SATISFACTORIA.

Esto significa que su pagador esta pendiente se autorizar el examen y además indicar donde debe ser remitida. Otras notas muestran los mismos hallazgos el 13 de abril de 2017

ANÁLISIS: EN REGULAR ESTADO GENERAL. ALGICA MUY QUEJUMBRA REFIERE QUE PASO MALA NOCHE CON EL DOLOR. SE LE ADMINISTRO TRAMAL DAPIRONA Y DICLOFENACO PERO PERSISTIO CON EL DOLOR. EN EL MOMENTO CON DOLOR DE GRAN INTENSIDAD ESCALA ANALOGA DEL DOLOR 9/10 POR LO QUE INDICO MORFINA AMP 10 MG DILUIR EN 10 CC Y PASAR 3 CC IV LENTO AHORA. TIENE PENDIENTE QUE EPS AUTORICE DE MANERA URGENTE ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, CONTINUA MANEJO MEDICO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR

Como puede verse *“TIENE PENDIENTE QUE EPS AUTORICE DE MANERA URGENTE ARTERIOGRAFIA DE MIEMBROS INFERIORES, CONTINUA MANEJO MEDICO POR MEDICINA INTERNA Y CX VASCULAR”*.

Puede verse que el grupo médico de la Clínica Médicos ha identificado desde el 11 de abril la lesión, pero se espera hasta el 15 de abril la remisión de la paciente, cuando su pagador indica donde debe ser remitida. Por lo tanto, no hay responsabilidad imputable a la Clínica Médicos por el tiempo que se tarda el proceso de remisión.

Puede resumirse entonces: la señora Velázquez ingresa el 4 de abril de 2017 y se DESCARTA un proceso trombótico de la pierna derecha, el cual se evidencia solo hasta el 10 y 11 de abril. Una vez se identifica se solicita su remisión dado que no puede manejarse en la Clínica Médicos, siendo autorizada dicha remisión solo hasta el 15 de abril, cuando en forma inmediata se remite al Instituto Cardiovascular del Cesar

EXIGENCIA DE CULPA PROBADA.

Los demandantes identifican la naturaleza jurídica de su acción como de RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL en la introducción del libelo demandatorio.

Con respecto a la responsabilidad civil extracontractual ha dicho la corte Suprema de Justicia.

“La responsabilidad civil de las personas jurídicas desde el año de 1962 ha sido considerada por la jurisprudencia de la corte suprema de Justicia, en forma reiterada, como directa”

15

De conformidad con los fundamentos de derecho a que se refiere la demanda, la denominada **responsabilidad directa** se regula en el código Civil por el artículo 2341 que corresponde a la modalidad directa de la responsabilidad civil extracontractual. Este tipo de responsabilidad surge de los efectos de los delitos y las culpas, como ya se anotó, fenómeno jurídico que la jurisprudencia colombiana en forma reiterada ha identificado como **responsabilidad con culpa probada.**

EXCEPCIÓN GENÉRICA

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

Por consiguiente, pido al Señor Juez, conforme a lo dispuesto en el artículo 288 del CGP, reconocer oficiosamente las demás excepciones que resulten probadas a lo largo del proceso.

III. PRUEBAS

De la manera más respetuosa solicito al Señor Juez tener como pruebas las siguientes:

PRUEBA DOCUMENTAL PARTE DEMANDANTE

Acojo la prueba documental aportada contenida en la demanda de acuerdo con el valor probatorio que acrediten dentro del proceso y que les asigne el despacho.

1. DOCUMENTALES QUE SE APORTAN

- Con fundamento en los artículos 244, 247, 283, y 284 del C.P.C., en concordancia con la ley 527 de 1999 (que regula el tema de los documentos electrónicos) solicito que el mismo despacho judicial, por internet, efectúe la búsqueda de TODOS Y CADA UNO de los links suministrados y que aparecen en las notas de pie de página, los imprima, y se autentique por parte del despacho, en el sentido de dejar constancia que el mensaje impreso es un mensaje de datos obtenido de la respectiva dirección, en el cual se haya almacenado, y que esta verificación la hizo directamente el despacho judicial. El documento impreso, obviamente se agregará al expediente y se foliará como corresponda

16

2. TESTIMONIOS PARTE DEMANDANTE:

En caso de que se accediere por el Despacho al Decreto de los testimonios que pide la parte demandante, solicito al despacho la oportunidad de Contrainterrogar los testigos presentados por la demandante el día y hora que el despacho así lo decretare a fin de ejercer el derecho de contradicción de la prueba.

TESTIMONIOS PARTE DEMANDADA.-

Solicito al Señor Juez que señale fecha y hora para la recepción de los TESTIMONIOS CIENTIFICOS ESPECIALIZADOS de los siguientes profesionales, quienes participaron en la atención brindada al paciente en la clínicas demandadas, con el fin de que expliquen al despacho lo que les consta con respecto a la atención brindada al paciente en el ámbito propio de su especialidad, así como las características de las intervenciones practicadas, el diagnóstico de su patología, su tratamiento, evolución y pronóstico y secuelas.

1. FELIPE CARDOZO QUIJANO, Médico.
2. DANILSON NAVARRO ANGARITA, médico internista.
3. MARILUZ AMAYA DIAZ. Médico.
4. GLETER YANINE CAMPO TEHERAN. Médico.
5. URIEL OROZCO MAESTRE. Cirujano Vascular.
6. GERMAN MUNIVE MEEK. Cirujano Vascular.
7. MARINA OVHA DE LA HOZ. Médico tratante.
8. CARMEN BEATRIZ BAQUERO GUTIERREZ. Internista tratante.
9. ANGELICA DONADO GARAY. Médico tratante.
10. ADRIANA CRISTINA ALVEAR ACOSTA. Médico tratante.
11. MIREYA MARCELA MARQUEZ ALMENARES. Internista tratante.
12. MARTHA ELENA PUPO DAVILA. Médico.

Estos profesionales de la salud, quienes son mayores de edad deben ser citados a través del suscrito abogado en la Calle 15 No. 14-34 Oficina 303 de esta ciudad, o a la dirección electrónica victorcabal@gmail.com

INTERROGATORIO DE PARTE.

Sírvase señor juez, fijar fecha y hora para que la demandante **LUZ NERIETH VELAZQUEZ MENDOZA.**, comparezca ante su despacho y absuelva el interrogatorio de parte que se le formulará en el momento de la diligencia.

17

PRUEBA PERICIAL

“Los procesos en los cuales se debaten los actos de los profesionales de la salud, son procesos de alta complejidad razón por la cual, en ellos, las pruebas y en especial, la prueba pericial e indiciaria adquieren una relevante importancia dadas las condiciones en las cuales se presentan y a pesar de estas en muchas oportunidades nos quedamos sin conocer la realidad material de los hechos que se debaten”⁸.

Con relación al Dictamen Pericial me permito comentar lo siguiente, remitiéndome a lo definido por la doctrina y jurisprudencia:

"Una forma de asistencia judicial que se contrae, no para el juicio de un todo, sino de uno varios puntos, que pueden ser objeto de debate" siguiendo a DE LA PLAZA; siendo en conclusión: " la opinión o parecer de personas especializadas en una profesión, arte u oficio de algún hecho que cae dentro de la esfera de sus

⁸Bolívar Piedad. Publicación BERBIQUÍ, Revista del Colegio de Jueces y Fiscales de Antioquia, Herramientas Probatorias para la prueba del acto médico. Año 2000

conocimientos con el fin de que el juez se ilustre y resuelva acertadamente" (D.SERRAT), es una prueba idónea dentro del proceso que nos ocupa.

Y nuestra jurisprudencia ha dicho: "En casos como el presente el fallador no puede dejar de lado lo expuesto por los expertos en la ciencia de la medicina, para darle entrada al mundo de la conjetura que suele manejar con especial rigor, quienes son legos en la materia " (Consejo de Estado 20 de Mayo de 1993. Radicado 7139)

Teniendo en cuenta entonces que el dictamen pericial resulta de vital importancia en los procesos de responsabilidad médica, erigiéndose en la prueba fundamental de responsabilidad en contra o a favor de los galenos, dada la especialidad de la actividad investigada en los hechos demandados, manifiesto al despacho que se aportará dictamen pericial rendido por especialista, dentro del término que a bien tenga el señor Juez en conceder, tal y como lo ordena el artículo 277 del CGP.

En Cuanto hace referencia al dictamen pericial aportado por la demandante, desde ahora solicito a la señora juez, que sea citado el medico CIRO ZULETA, a fin de que en la audiencia de instrucción y juzgamiento se proceda a la contradicción del mismo

IV. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Copias de la contestación de la demanda para el archivo del Juzgado.
- Poder conferido por la representante legal de la entidad demandada.

V. NOTIFICACIONES

Las partes las recibirán en la forma indicada en la demanda principal.

Personalmente las recibiré en la Calle 15 No. 14-34 Oficina 303 de la ciudad de Valledupar, o en la dirección electrónica victorcabal@gmail.com
Teléfono 3157411504

Quien suscribe

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V.M. Cabal P.', enclosed within a large, stylized loop that forms a partial frame around the text.

VICTOR MANUEL CABAL PEREZ
C.C. 8.723.896 DE BQUILLA
T.P. 37.655 DEL C.S.J.