



Victor Manuel Cabal Pérez • Consultores Legales

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

Proceso: Verbal
Demandante: DUVERT MANGA. Y O.
Demandado: CLINICA MEDICOS S.A.
Asunto: Contestación Demanda
Radicado: 2020/00177/00

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. pronunciándome en los siguientes términos:

I. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo con base en las pruebas, fundamentos de derecho y excepciones planteadas en el presente escrito a las pretensiones y condenas solicitadas por la parte demandante; toda vez que mis poderdantes no han causado el supuesto daño alegado por la parte demandante, razón por la cual no son civilmente responsables 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.**

OBJECION AL JURAMENTO ESTMATORIO

Si bien realiza una estimación de la cuantía y del estimado del daño, no se realiza conforme las reglas establecidas en la doctrina y la jurisprudencia, amén de que la suma que se solicita por perjuicios morales el estimado de cien salarios mínimos legales mensuales vigentes a la presentación de la demanda, cuanto la Corte Suprema de Justicia, nunca ha concedido una indemnización por esos topes, de casi 89 millones de pesos. Igual ocurre con el llamado daño a la vida de relación, sobrepasa los quantums máximos fijados y los llamados a ser indemnizados.

II. FRENTE A LOS HECHOS

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

2

PRIMERO. Debe demostrarse

SEGUNDO. Debe demostrarse. Dado que se trata de hechos ajenos al actuar de la Clínica Médicos, debe demostrarse

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

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.

SEPTIMO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica, se consideran ciertos. Aunque es importante aclarar: la señora Parra fue valorada EN

DOS OPORTUNIDADES antes de ser dada de alta según notas medicas de las 8:43 am y de las 3:47 pm. En ambas notas es claro que no hay evidencia de alteraciones del abdomen.

OCTAVO. Es parcialmente cierto como se comenta. Hay un evento de gran importancia en esta narración: el cuadro clínico de la señora Parra, según lo que comenta al medico que la valora el 19 de abril, SE INICIA ESE MISMO DIA. Esto se registra en la historia clínica del 19 de abril.

MOTIVO DE CONSULTA: " DOLOR "

ENFERMEDAD ACTUAL: POP CESAREA + POMEROY HACE 1 DIA , CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS EL DIA DE HPY

REVISION POR SISTEMAS: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Es decir, confirma la paciente que no tuvo sintomatología abdominal alguna el 16, 17 y 18 de abril, desde que fue dada de alta. Por lo tanto, es claro que no había evidencia ninguna de alteraciones abdominales al momento de salir de la Clínica Médicos.

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

DECIMO. Es parcialmente cierto como se comenta. Los registros de la historia se consideran ciertos, pero la narración del demandante no esta en consecuencia con los eventos médicos sucedidos. La señora Parra no tiene un evento obstétrico, dado que NO HAY EMBARAZO, por lo que el protocolo de atención por obstetricia en 4 horas o menos no aplica para este caso: se trata de un evento post operatorio, en una paciente totalmente estable, con signos vitales normales y sin evidencia de hallazgos clínicos que hagan pensar en una peritonitis. Por lo tanto, la indicación médica de observación y analgesia está totalmente sustentada.

UNDECIMO. Es parcialmente cierto como se comenta. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos, pero la nota relatada por el demandante no incluye la totalidad de los registros de esa evaluación clínica del especialista, donde también se registra:

ANÁLISIS

PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE EN POSTOPERTAORIO TARDIO DE CESAREA SEGMENTAREA CON EVIDENCIA CLINICA DE ILEO METABOLICO, SE SOLICITAN COMPLEMENTAREOS PERTINENTES Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

Esta muy claro en la nota médica, que se trata de una paciente CLINICAMENTE ESTABLE, con la sospecha de un Íleo Metabólico. Este es un evento sumamente frecuente después de cualquier cirugía del abdomen y que, además, resuelve espontáneamente en la mayoría de los casos.

“De forma prácticamente constante después de la cirugía, especialmente si es abdominal, se produce un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal de todo o parte del tubo digestivo.

*En la mayoría de los casos el íleo paralítico postoperatorio (IPP) no reviste gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días. Como más adelante veremos, se trata prácticamente de un mecanismo adaptativo que ayuda a la recuperación de la agresión quirúrgica.”*¹ (Texto subrayado por nosotros) Por lo tanto, como puede verse, no hay indicación clínica de llevar a la paciente a procedimientos urgentes o invasivos basados en su condición clínica al momento de la valoración. Por lo tanto, se le solicitan estudios adicionales de radiología y laboratorio para confirmar los hallazgos de su cuadro clínico, pero sin que estos requieran una resolución de urgencia o emergencia, así como tampoco la evaluación por el especialista en Cirugía que se solicita.

DUODECIMO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO TERCERO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos, pero es importante añadir que la evaluación de las 13:19 horas muestra un cuadro clínico totalmente diferente y, por lo tanto, esto lleva a una conducta medica en consecuencia con su cuadro clínico.

DECIMO CUARTO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO QUINTO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO SEXTO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO SEPTIMO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO OCTAVO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

DECIMO NOVENO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

VIGESIMO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos.

VIGESIMO PRIMERO. Es parcialmente cierto Los registros de la historia clínica se consideran ciertos. Pero debe dejarse claro que dicha infección fue descartada, dado que en las notas posteriores se registra a las 6:24 pm

¹ Ver en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-espa%C3%B1ola-36/ileo-paralitico-postoperatorio-11000124-editorial-2001>

ANÁLISIS: SE REVISÓ HISTORIA CLÍNICA ENCONTRANDO QUE LOS CULTIVOS SE TOMARON EL DÍA 24-04-18, SIENDO ESTOS TOMADOS POR VÍA PERIFÉRICAS Y EL CATÉTER VENOSO CENTRAL SE COLOCÓ EL DÍA 25-04-18 EN LAS HORAS DE TARDE, ADÉMÁS PACIENTE PRESENTA FLEBITIS EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO, POR LO TANTO NO SE TRATA DE BACTEREMIA ASOCIADA A CATÉTER, POR LO QUE NO SE HACE CAMBIO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.

Por lo tanto, la infección que se sospechaba se produce por el sitio de toma de los cultivos, así que dicha bacteriemia o infección en la sangre queda descartada. Por lo tanto, se continúa el mismo esquema antibiótico y se espera la evaluación por Infectología, pero sin la urgencia de la misma.

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

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

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

VIGESIMO QUINTO. Es cierto. Como se había comentado previamente, la infección de la sangre o bacteriemia había sido descartada. La intervención de Infectología es un protocolo en pacientes con infecciones severas, sin que esto signifique que el paciente no está recibiendo el tratamiento antibiótico desde el inicio de su patología.

5

VIGESIMO SEXTO. Es cierto. Dado que se trata de registros de la historia clínica se consideran ciertos. Y se comenta en la nota del especialista en Cirugía del mismo 3 de mayo de 2018 a las 7:00 pm que el especialista en Infectología sugiere la rotación de antibióticos, pero que la sepsis o infección severa está controlada.

ANÁLISIS: sepsis controlada hoy el infectólogo rota antibióticos.-

Por lo tanto, es claro que el manejo antibiótico previo es adecuado y la rotación de antibiótico hace parte del tratamiento previsto.

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

VIGESIMO OCTAVO. Es cierto. Los registros de la historia se consideran ciertos. E igualmente los catéteres se cambian periódicamente, siendo este un procedimiento a realizar en cirugía, lo cual se hace en este caso.

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

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

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

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

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

TRIGESIMO CUARTO. NO es cierto como se comenta. Debe tenerse claro un punto para este caso: la señora Parra presenta una complicación devastadora conocida como Fistula Entero atmosférica. Este evento tiene un porcentaje elevado de complicaciones y mortalidad, por lo que se plantea la remisión a un centro de mayor complejidad. Pero la historia registra el 16 de mayo de 2018 a las 12:41 pm que LA PACIENTE Y LOS FAMILIARES NO ACEPTAN LA REMISION, por lo que esta se suspende.

ANÁLISIS: ABDOMEN ABIERTO CON SEPSIS CONTROLADA, CON FISTULA ENETROCUTANEA ACTIVA, CON SOPORTE NUTRICIONAL , A QUIEN SE LE OFRECIO REMISION A INSTITUCION DONDE SE LE BRINDE SOPORTE NUTRICIONAL Y CIRUGIA GASTROINTESTINAL, SE LE ENCUENTRA CAMA EN LA CLINICA REINA CATALINA, EL PACIENTE Y LOS FAMILIARES AL VER LA MEJORIA NO ACEPTAN REMISION A ESTA CLINICA POR LO CUAL ACCEDEN A CONTINUAR MANEJO EN ESTA INSTITUCION .- NO SE HA INICADO NUTRICION ENTERAL.- POR LO ANTERIOR SE SUSPENDE REMISION

Esta claro que PRIMA LA VOLUNTAD DEL PACIENTE EN ESTE CASO Y LA CLINICA NO PUEDE INTERVENIR NI OBLIGAR AL PACIENTE A SER TRASLADADO. Por lo tanto, es claro que dicha decisión no tiene que ver con definiciones o decisiones de la Clínica Laura Daniela y su grupo médico.

TRIGESIMO QUINTO. Es cierto. Esta nota muestra que hay mejoría en el cuadro clínico de la paciente, aunque la fistula persiste. Y esta claro que el cuadro infeccioso ha sido controlado.

TRIGESIMO SEXTO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos

TRIGESIMO SEPTIMO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos

TRIGESIMO OCTAVO. Es cierto. Hay que tener en cuenta CUAL ES LA PATOLOGIA REAL QUE PRESENTA LA SEÑORA PARRA. La Fistula entero atmosférica es un evento grave que produce precisamente un deterioro nutricional muy severo. La señora Parra ha recibido nutrición parenteral por dos semanas y se ha iniciado nutrición enteral o vía oral, pero la persistencia de la fistula la ha llevado a una desnutrición severa y su desbalance metabólico la lleva a otros riesgos graves.

TRIGESIMO NOVENO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos

CUADRAGESIMO. Es cierto. Los registros de la historia clínica se consideran ciertos

CUADRAGESIMO PRIMERO. No es cierto y deberá demostrarse. Debe demostrar el demandante cuales fueron las conductas negligentes, imperitas, inoportunas y cual la violación de protocolos sobre los cuales pretende imputar responsabilidad en este caso.

CUADRAGESIMO SEGUNDO. No es cierto, y los que suscriben ese comité deben necesariamente que ratificarse en la audiencia de pruebas.

CUADRAGESIMO TERCERO. Debe demostrarse, ya que son hechos de terceros.

CUADRAGESIMO CUARTO. Debe demostrarse, ya que no le consta a mi poderdante por ser hechos de terceros.

CUADRAGESIMO QUINTO. Debe demostrarse, por ser hechos de terceros.

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 sucesáneamente 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 acontece 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.

9

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”²

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.”³

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de enero 30 de 2001, MP: José Fernando Ramírez Gómez

³ VÁSQUEZ FERREIRA, Roberto: “*Responsabilidad por Daños*”, Ediciones Depalma, Buenos Aires, 1993

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 la muerte de la paciente los daños alegados 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.

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.”⁴

RESUMEN DEL CASO

Se trata de una paciente de 36 años, quien acude a la Clínica Médicos con su segundo embarazo y una cesárea previa, por lo que viene programada para realizarle cesárea y ligadura de trompas. El procedimiento es realizado el 16 de abril de 2018, encontrando adherencias dentro del abdomen por cirugía previa, pero sin que se documenten complicaciones. El 17 de abril de 2018 es valorada nuevamente a las 9:28 am y a las 3:47 pm, encontrando la paciente en buen estado, sin dolor abdominal, sin evidencia de alteraciones, por lo cual es dada de alta con fórmula de antibiótico y analgésico.

La historia registra que la paciente consulta nuevamente el 19 de abril de 2018 a la 1:43 am por presentar dolor abdominal generalizado asociado a episodios de vomito. No se encuentran signos de irritación peritoneal y se inicia hidratación y observación. Es valorada nuevamente conjuntamente con especialista en Ginecoobstetricia, se decide solicitar estudios por sospecha de ILEO u obstrucción intestinal post operatoria y se solicita valoración por especialista en Cirugía. Igualmente se solicitan exámenes de laboratorio para evaluar la condición de la paciente. En ese momento, no se encuentran signos de irritación peritoneal ni evidencia de abdomen agudo.

A la 1:10 pm es valorada por especialista en Cirugía con los exámenes y radiografía realizados. Se encuentra evidencia de obstrucción intestinal y ante el hallazgo clínico de irritación peritoneal, se decide llevar a cirugía. En la intervención se encuentra adherencia con obstrucción completa del intestino delgado, con perforación y peritonitis. Es hospitalizada en la Unidad de Cuidado Intensivo.

Desde ese momento es llevada a múltiples intervenciones dado que se⁴ presentan complicaciones derivadas de la obstrucción y peritonitis, con múltiples adherencias severas dentro de la cavidad abdominal.

El 29 de abril como parte de los estudios de su condición crítica se realizan hemocultivos donde se reporta infección con germen de piel o Sthaplilococo Epidermidis, se decide solicitar interconsulta a Infectología y se modifica el antibiótico a Vancomicina. El mismo 29 la nota medica comenta que los cultivos encontrados se deben al sitio de toma de las muestras, por lo que se trata de contaminación de la piel, lo cual indica que no es necesario retirar el catéter central que se había insertado y no se trata de una infección asociada al mismo, pero se mantiene el tratamiento

⁴ JOSÉ FERNANDO RAMÍREZ GÓMEZ, Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros, Barranquilla, 2004.

antibiótico previo. Así mismo, que el seguimiento puede darse por cirugía, según consta en la historia clínica.

En las cirugías siguientes se encuentra que hay una cantidad muy severa de adherencias dentro del abdomen y además hay filtración por la reparación que se ha hecho del intestino. Esta situación complica el cuadro clínico de la paciente dado que a pesar de todos los tratamientos persiste su peritonitis, aunque hay mejoría del cuadro clínico.

El 3 de mayo es valorada por especialista en Infectología. Hay mejoría del cuadro clínico, pero se decide modificar por rotación la terapia antibiótica, dadas las complicaciones del tratamiento por la peritonitis persistente. Según la historia hay mejoría clínica, sin signos de sepsis, pero con una comunicación del intestino al exterior por la lesión intestinal producto de la obstrucción por adherencias del abdomen.

En la valoración del 7 de mayo de Infectología sugiere cambiar nuevamente el catéter, aunque no hay signos de infección en el mismo. Así mismo continuar el tratamiento antibiótico dado que hay mejoría clínica general. El 10 de mayo es dada de alta por Infectología, dado que el cuadro infeccioso se encuentra plenamente controlado.

La complicación grave en este caso es la FISTULA ENTEROATMOSFERICA, una comunicación del intestino al interior del abdomen. Este es un evento muy serio, con una alta incidencia de mortalidad dado que provoca severas complicaciones metabólicas, nutricionales e infecciosas. La historia registra que debido a lo grave de la complicación se sugiere el 15 de mayo la remisión a un centro de Cirugía Gastrointestinal, dado que se conoce la complicación severa que puede tener este tipo de patología o fistula entero atmosférica. Pero LOS FAMILIARES NO ACEPTAN LA REMISION, por lo cual el grupo medico suspende la remisión.

Para el 27 de mayo ha presentado nuevos episodios de hipotensión que hacen sospechar nuevo evento infeccioso, a pesar de que previamente el cuadro de infección se había controlado completamente. Se hospitaliza nuevamente en Cuidado Intensivo. Adicionalmente el 27 de mayo la paciente presenta súbitamente dolor torácico. Se sospecha un evento coronario agudo, aunque hay cambios en los exámenes, el electrocardiograma no muestra cambios. Sufre deterioro súbito que requiere nueva intubación y presenta paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras de reanimación, falleciendo el 28 de mayo a las 00:55 horas.

ACTO MEDICO EN CUESTION

-

Diagnóstico de obstrucción intestinal

-
atmosférica

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.

En el caso que nos ocupa la señora Parra es intervenida quirúrgicamente el 16 de abril de 2018 realizándole una cesárea, donde encuentran adherencias dentro del abdomen por cirugías previas. Estas son LIBERADAS según se registra en la historia y la intervención no tiene complicaciones.

Es valorada en dos oportunidades después de la cirugía el 17 de abril de 2018, en notas medicas de las 8:43 am y de las 3:47 pm, donde encuentran un abdomen NO doloroso, sin evidencia de complicaciones. Por esta razón es dada de alta, sin que hubiera en ningún momento evidencia clínica de una posible complicación.

El 19 de abril consulta nuevamente por presentar vomito y dolor abdominal, que INICIAN EL MISMO DIA DE LA CONSULTA, ES DECIR EL MISMO 19 DE ABRIL.

14

MOTIVO DE CONSULTA: " DOLOR "

ENFERMEDAD ACTUAL: POP CESAREA + POMEROY HACE 1 DIA , CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO ASOCIADO A EPISODIOS EMETICOS EL DIA DE HPY

REVISION POR SISTEMAS: LO REFERIDO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

Como puede verse la paciente no comenta sobre sintomatología durante los días 16, 17 y 18 de abril, luego de ser dada de alta y su cuadro clínico se inicia el mismo día de la consulta. En la evaluación clínica se encuentra que el abdomen esta doloroso, pero no hay signos de irritación peritoneal o peritonitis y la herida quirúrgica de la cesárea se encuentra en buen estado, por lo que se decide dejar en observación y evaluar el cuadro clínico.

Luego de una cirugía, el dolor abdominal es un evento usual. El cuadro de vomito puede asociarse también a la misma cirugía, por lo que, dado que la paciente no presenta signos de infección, sus signos vitales son normales y el cuadro de dolor no muestra evidencia de signos clínicos de peritonitis, no hay indicación médica de una cirugía o evento de urgencia en ese momento de la valoración a las 1:34 am del 19 de abril.

A las 8:58 am es valorada nuevamente conjuntamente con el especialista en Ginecología. Es evidente que no se trata de un evento obstétrico dado que ya NO hay embarazo y se sospecha una posible obstrucción intestinal o ILEO. Las complicaciones luego de la cirugía abdominal no son infrecuentes y su evaluación se basa en los hallazgos clínicos del paciente y exámenes de diagnóstico.

“En general, en las complicaciones precoces de la cirugía abdominal, el conjunto de datos clínicos y biológicos, así como el tipo de cirugía realizada nos permite diferenciar tres escenarios clínicos diferentes:

- 1- FIEBRE
- 2- SANGRADO POSTOPERATORIO.
- 3.- ÍLEO POSTOPERATORIO.”⁵

El íleo posoperatorio como vemos, es una circunstancia relativamente frecuente en la cirugía del abdomen. Esta definición engloba una alteración en la motilidad normal del intestino producto de la cirugía y resuelve usualmente en forma espontánea en horas a pocos días luego de la intervención.

“De forma prácticamente constante después de la cirugía, especialmente si es abdominal, se produce un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal de todo o parte del tubo digestivo.

15

En la mayoría de los casos el íleo paralítico postoperatorio (IPP) no reviste gravedad y suele resolverse espontáneamente en pocos días. Como más adelante veremos, se trata prácticamente de un mecanismo adaptativo que ayuda a la recuperación de la agresión quirúrgica.”⁶ (Texto subrayado por nosotros)

Como se registra en la historia clínica, la sospecha ante el cuadro clínico de la señora Parra es inicialmente un Íleo, que como muestra la literatura medica es un evento que no reviste gravedad y es frecuente luego de una cirugía abdominal y es este el análisis que se hace de su cuadro.

ANÁLISIS

PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE EN POSTOPERTAORIO TARDIO DE CESAREA SEGMENTAREA CON EVIDENCIA CLINICA DE ILEO METABOLICO, SE SOLICITAN COMPLEMENTAREOS PERTINENTES Y VALORACION POR CIRUGIA GENERAL.

Es totalmente claro que para ese momento no hay evidencia de gravedad ni cuadro clínico de una peritonitis, pero igualmente se solicita la valoración por especialista en

⁵ Ver en: http://www.radiologsdecatalunya.cat/formacio/resums/GE72EA47_R.pdf

⁶ Ver en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-espa%C3%B1ola-36/ileo-paralitico-postoperatorio-11000124-editorial-2001>

Cirugía General, se solicitan los estudios pertinentes y radiografía del abdomen para confirmar el cuadro.

A la 1:19 pm es valorada por especialista en Cirugía con los resultados de los exámenes, pero el cuadro clínico es otro: si hay signos de peritonitis y la radiografía muestra niveles hidroaéreos y hay abdomen agudo. Con estos nuevos hallazgos se decide llevar a cirugía. En la intervención encuentran severas adherencias en el abdomen y una obstrucción completa del intestino delgado, con perforación del mismo y peritonitis.

Las bridas o adherencias dentro del abdomen son una de las complicaciones mas frecuentes de la cirugía abdominal. Se calcula que entre el 60% y el 97% de las cirugías del abdomen van a presentar adherencias o bridas, con el riesgo inherente de llevar al paciente a una obstrucción intestinal en algún momento de su vida.

Esta es una complicación que no puede preverse ni predecirse, pero es claro que prácticamente la mayoría de las cirugías del abdomen van a presentar estas adherencias.

“Las adherencias intraperitoneales, bandas fibróticas formadas a partir de una reacción cicatricial del peritoneo, ocurren frecuentemente después de cualquier cirugía abdominal o pélvica.

16

Estas adherencias, también denominadas bridas, pueden generar una amplia gama de síntomas y complicaciones clínicas o quirúrgicas.

Las diversas alternativas tradicionales de tratamiento y prevención han demostrado resultados deficientes que se reflejan en su alto costo de atención

“La incidencia real de las adherencias intraperitoneales posquirúrgicas se desconoce por la gran dificultad de precisar su presencia en todos los pacientes sometidos a cualquier procedimiento quirúrgico abdominal.

*Por múltiples estudios publicados se estima que se presentan en 67 a 100% de las cirugías abdominales y en 97% de las cirugías pélvicas.”*⁷

En este caso las adherencias producen la obstrucción y la perforación del intestino y la peritonitis, lo cual lleva a la señora Parra a una sepsis o respuesta generalizada al proceso infeccioso.

⁷ Ver en: http://encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia14399_adherencias37.htm

La historia registra que la señora Parra es manejada con un grupo multidisciplinario de especialistas en Cuidado Intensivo, Cirugía, Infectología, Soporte Nutricional y Psicología, con una respuesta relativamente adecuada a su cuadro infeccioso, dado que para el 10 de mayo la señora Parra NO TIENE SIGNOS DE SEPSIS. Es decir, el cuadro infeccioso esta totalmente controlado y la verdadera complicación que se presenta es una FISTULA ENTEROATMOSFERICA.

Las fistulas son otra de las complicaciones inherentes a cualquier cirugía abdominal y a la obstrucción intestinal. Una fistula es una comunicación del contenido del intestino al exterior, sea a la piel o al interior del abdomen. Son eventos catastróficos porque tienen un índice de complicaciones y mortalidad muy altos.

“Las fistulas gastrointestinales postoperatorias, son una complicación quirúrgica que pese a su incidencia descrita relativamente baja en centros especializados de cirugía gastrointestinal, acarrea una elevada tasa de complicaciones asociadas e incluso fatalidad, sin contar las repercusiones económicas y personales.”

Las fístulas gastrointestinales postoperatorias se presentan entre el 1% y 10% del total de cirugías abdominales realizadas, con una fatalidad que llega incluso al 75% de los pacientes dependiendo de otros factores asociados.

La mortalidad global depende de la localización de la fístula, la comorbilidad del paciente, el diagnóstico temprano y la aproximación terapéutica, además de la corrección de factores agravantes como los desequilibrios electrolíticos, la desnutrición y la sepsis, describiendo cifras que alcanzan hasta el 75%”⁸

Como vemos en la literatura las fistulas de producen hasta en el 10% de las cirugías del abdomen y pueden llegar a tener hasta 75% DE MORTALIDAD, lo cual muestra la severidad y gravedad de este complicado evento.

La señora Parra presenta precisamente esta complicación: una Fistula Entero atmosférica, que, a pesar de todos los tratamientos, nutrición parenteral, tratamiento antibiótico y múltiples cirugías, no tiene una respuesta clínica adecuada.

Entre el 20 de abril y el 26 de mayo es llevada a ONCE CIRUGIAS tratando de dar solución a la fistula, con una mejoría completa del cuadro infeccioso, pero sin lograr resolver la fistula en si misma. Esto lleva a la paciente a un cuadro de deterioro y

⁸ FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE FISTULAS GASTROINTESTINALES POSTOPERATORIAS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR. Ver en:

<https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10217/1032358734-2015.pdf?sequence=1>

desnutrición, desbalance metabólico y riesgo de múltiples eventos potencialmente fatales, a pesar de recibir todos los manejos que recomienda la literatura médica.

Es claro que la muerte de la señora Parra no se produce por el cuadro inicial de obstrucción intestinal y la sepsis por peritonitis, pues esta fue controlada y no hay signos de sepsis desde el 10 de mayo. En la nota quirúrgica del 26 de mayo la fistula persiste a pesar de todos los tratamientos y la señora Parra se encuentra en desnutrición severa a pesar del soporte nutricional que ha recibido desde el momento inicial de su diagnóstico.

Es claro que la complicación no se debe a un manejo inadecuado ni a una demora u omisión en el diagnóstico: **se trata de una complicación muy grave, con una mortalidad muy alta** y con el riesgo de un desenlace fatal a pesar de todos los tratamientos que se instauren.

Así, el 27 de mayo la señora Parra ha sufrido grave deterioro y presenta nuevamente deterioro de su condición clínica, hay caída de la tensión arterial y por lo tanto es llevada nuevamente a Cuidado Intensivo para continuar su monitorización. Su pronóstico es reservado. Presenta cuadro de dolor torácico y deterioro súbito de su condición con paro cardiorrespiratorio, sin respuesta a las maniobras de reanimación dándose por fallecida el 28 de mayo a las 00:55 horas.

18

Como puede verse el fallecimiento de la señora Parra no es producto de la obstrucción intestinal y el cuadro infeccioso inicial, sino por la fistula entero atmosférica que se presenta posteriormente como un evento inherente a su cuadro de adherencias y su posterior deterioro, siendo claro que a pesar de todos los manejos esta grave complicación tiene una mortalidad que puede alcanzar hasta el 75%.

Esto desvirtúa técnica y científicamente las consideraciones o alegatos que formula el demandante luego del acápite de hechos de la demanda, lo cual constituye unos alegatos más que otra cosa.

EXCEPCIÓN DE INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA IMPUTABLE A LA FUNDACION POLICLINICA CIENAGA POR CONFIGURACIÓN DE UN RIESGO INHERENTE AL PROCEDIMIENTO REALIZADO.

En el presente caso, es importante señalar que la complicación padecida, FISTULA ENTERO ATMOSFERICA, la cual ha sido considerado por la literatura médica como un riesgo inherente al procedimiento y propia de la condición de la paciente, y por ende, jamás podrá pretenderse, al menos válidamente, atribuirle el acaecimiento de éste a la atención brindada por el personal médico y paramédico de la demandada

quienes durante toda acto médico actuaron diligentemente, con la pericia necesaria y con la debida observancia del deber objetivo de cuidado sobre su paciente.

Con respecto al riesgo inherente, en la revista del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del estado, es un reciente artículo denominado la materialización del riesgo inherente y su diferencia con la culpa médica, el Dr. Andrés Felipe Villegas García apunta:

"El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o dificultad del mismo, las condiciones del paciente o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlo a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamento.

Ese riesgo es contemplado por la ciencia médica y detallado por la literatura científica que regula la materia específica. Incluso, es imposible sustraerlo o evitarlo en la práctica, entre otras, porque su aparición no depende del actuar del profesional de la medicina.

Al hablar del riesgo inherente se habla de una complicación justificada, y en ocasiones necesaria para poder efectuar el tratamiento invocado en aras de recuperar la salud del paciente. Dicha complicación hace parte del procedimiento mismo, y no hay posibilidades de impedirla, aunque la misma sea completamente previsible.

La materialización del riesgo inherente, es la realización en el paciente de un efecto nocivo que puede presentarse como una complicación o como un accidente propio del proceso médico o quirúrgico que se está efectuado. Este efecto nocivo se traduce en un daño a la integridad física o psíquica, la cual se ve lesionada aun que no exista un error en la práctica médica.

No podemos desconocer que el riesgo inherente es un riesgo en potencia, que el mismo no necesariamente se tiene que manifestar en la práctica de todos los procedimientos que lo conllevan. Es decir, es un fenómeno que puede darse, y su realización dependerá exclusivamente de circunstancias

ajenas a la práctica misma del procedimiento médico”⁹. (Subrayado y negrillas fuera de texto original)

Más adelante continúa el doctrinante "*Cuando se materializa un riesgo inherente y por ende se produce un daño en el paciente, nace la pregunta de si este, pudiera tener vocación indemnizatoria, y es allí donde la practica judicial no puede entrar a confundir la entidad propia de ese daño y de sus causas en aras de establecer responsabilidad civil.*

(...)

Cuando hablamos de la materialización de un riesgo inherente, estamos aceptando que un daño fue causado en el desarrollo de un procedimiento médico o quirúrgico en el paciente, pero dicho daño no puede entrar a catalogarse como de culposo, por tener origen en un fenómeno ajeno al médico.¹⁰

Y concluye, "*El error estará en creer que la presencia física del médico y la aparición de un daño ya es suficiente para hablar de responsabilidad. Pensar de ésta manera sería tanto como sostener que existe una presunción de responsabilidad o causalidad médica y no es así.*

Ahora, sostener que el médico debe salir a demostrar que el daño no se debe a su conducta, sino a una causa extraña, equivaldría a sostener que la responsabilidad medica siempre será objetiva lo cual no es cierto.

En conclusión, no podrá confundirse daño con daño indemnizable, pues este último necesita de un factor de imputación que sirva para explicarlo y tornarlo en ilícito, así como tampoco podrá confundirse daño con culpa o con la prueba de la culpa, pues aquella es entendida como el factor subjetivo o la forma como despliega la conducta, y es claro que conducta, nexos causal y daño, son elementos diferenciales con independencia conceptual en la responsabilidad civil.”¹¹

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos concluir que la ocurrencia del riesgo inherente carece del carácter de indemnizable, toda vez que al aceptar la materialización se acepta la ocurrencia de éste, pero no quiere decir esto que se acepte que la materialización de éste sea consecuencia del actuar del médico, antes por el contrario, la concreción de un riesgo inherente excluye totalmente la posibilidad

⁹ ANDRES FELIPE VILLEGAS GARCIA. “La materialización del riesgo inherente y sus diferenciación con laculpa medica” revista del Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado, n. 24, noviembre de 2008, Bogota, Edit, comlibros y Cia. Ltda., pp.10 y 11.

¹⁰ Op. Cit., “ la materialización del riesgo inherente y su diferenciación con la culpa medica”, p. 12 y 13.

¹¹ Op. Cit., “la materialización del riesgo inherente y su diferenciación con la culpa medica”, p.14 y 15.

de imputarle responsabilidad al médico tratante ya que el riesgo inherente escapa en su producción al obrar del médico, me nos aún cuando la paciente ha consentido y asumido los riesgos ante la suscripción de un consentimiento informado, pues, tal como lo reseña el Dr. FRANCISCO BERNATE OCHOA, en su artículo Deber de Información, Consentimiento Informado y Responsabilidad en el Ejercicio de la Actividad Médica, “El consentimiento adquiere una especial relevancia en materia de responsabilidad médica, en tanto que el mismo permite exonerar al profesional de la medicina en aquellos eventos en que interviene sobre la humanidad del paciente ocasionándole un menoscabo en su salud obrando con su aquiescencia.”¹²
(Subrayado fuera de texto)

Como puede verse el fallecimiento de la señora Parra no es producto de la obstrucción intestinal y el cuadro infeccioso inicial, sino por la fistula entero atmosférica que se presenta posteriormente como un evento inherente a su cuadro de adherencias y su posterior deterioro, siendo claro que a pesar de todos los manejos esta grave complicación tiene una mortalidad que puede alcanzar hasta el 75%.

EXIGENCIA DE CULPA PROBADA.

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

21

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”

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

¹² http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_30.pdf

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 asignare 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

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 complicación, su tratamiento, evolución y lamentable fallecimiento.

- LUIS JOAQUIN PALOMINO SANCHEZ.
- JOSE YEZID RODRIGUEZ QUINTERO
- DIEGO ARMANDO PELAEZ GOMEZ
- HENRY JOSE CEPEDA PARRA.
- EDWIN HENRY MENDIOLA PARRA.
- INGRIS PAOLA LUQUEZ VANEGAS.
- ALEJANDRA MARIANA URDANETA SOTO.
- JOSE RICARDO CARDENAS GARCIA.
- LEONARDO ANDRES GOMEZ CORTES.
- FRANCISCO LUIS MARQUEZ ALMENAREZ
- ROQUE RICARDO GARCIA GALVIS
- JULIAN CAMILO SIERRA ARGUELLO.
- ALEXANDER BAHAMON FLOREZ
- HENRY FRAGOZO auditor de la secretaría de salud municipal
- JOSE NELSON FUENTES.
- ALEJANDRINA QUINTERO.

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.

INTERROGATORIO DE PARTE.

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

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”¹³.

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 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, dentro del término que a bien tenga el señor Juez en conceder, tal y como lo ordena el artículo 277 del CGP.

En cuanto al informe pericial suscrito por el doctor GUILLIANO CARLO SALAZAR OÑATE aportado por la demandante, deberá necesariamente surtirse su contradicción en la audiencia de pruebas, para lo cual desde ahora solicito su comparecencia a la audiencia de instrucción y juzgamiento, tal y como lo establece el artículo 228 del CGP.

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

¹³Bolívar Piedad. Publicación BERBIQUÍ, Revista del Colegio de Jueces y Fiscales de Antioquia, Herramientas Probatorias para la prueba del acto médico. Año 2000

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

Personalmente las recibiré en victorcabal@gmail.com .

Quien suscribe,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V.M. Cabal', with a long horizontal stroke extending to the right.

VICTOR MANUEL CABAL PEREZ
C.C. 8723896 DE B/QUILLA
T.P. 37655 DEL C.S.J.