

31 OCT 2019

Señor
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE VALLEDUPAR
E.S.D.

Referencia: PROCESO VERBAL DE YEFERSON CARREÑO CAMPILLO, MARCO- NAVARRO Y LIDYS CAMPILLO TRUJILLO CONTRA KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO, CESAR ALFONSO, NUEVA E.P.S., CLÍNICA DEL CESAR S.A. Y OTROS.

NO. DE FOLIO: 22
RECIBIÓ: H N
118618

RADICACIÓN Nro. 20001310300120190000600

CONTESTACIÓN DE DEMANDA. MEDICO KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO.

ANDRÉS EDUARDO DEWDNEY MONTERO, ciudadano colombiano, mayor de edad, domiciliado en la ciudad en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía Nro. 72.203.823 de Barranquilla y T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J, actuando en mi calidad de apoderado de la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, identificada con la cedula de ciudadanía Nro. 1065623961, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Medellín, me permito **CONTESTAR LA DEMANDA** de la referencia, en estos términos:

1. RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, en la medida que no existe una imputación fáctica ni jurídica, que pueda llegar a hacer responsable a la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** de los hechos y pretensiones de la demanda principal, debiendo ser absuelta entonces mi poderdante, al no existir culpa en su actuar profesional, daño antijurídico y relación de causalidad entre la culpa y el daño que se reclama en la demanda.

2. RESPECTO DEL JURAMENTO ESTIMATORIO

Se debe precisar la falta de técnica jurídica de la parte actora respecto del deber procesal de realizar el juramento estimatorio de las pretensiones, en la medida que dicho juramento se limita a afirmar un presunto daño material en la suma de \$ 112.989.997, sin que se especifique con claridad, certeza y suficiencia en qué consiste el daño material reclamado, no se detalla la razón del mismo, las razones por las que la demandante **LIDYS CAMPILLO TRUJILLO** se legitima para reclamar la suma de \$ 112.989.997, claramente el juramento estimatorio de la presente demanda no se ajusta a lo establecido en el artículo 206 del CGP.

No hay una explicación razonada de la cuantía del daño ni del origen del mismo; el juramento estimatorio de la demanda no cumple con los requisitos, del articulo 206 del CGP, que ordena concretamente, *“Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos”*

No se presentan fórmulas matemáticas ni mucho menos pruebas que determinen o justifiquen el valor del daño material reclamado, en este caso la sola afirmación del daños material reclamado no es prueba del mismo, ante la ausencia de un razonamiento serio del daño material que se pretende sea indemnizados por tanto es daño material jurado, es totalmente especulativo.

En este orden de ideas, se objeta de forma seria el juramento presentado en la demanda, solicitando que si las pretensiones de la demanda son desestimadas se sancione a la parte actora conforme lo establece el artículo 206 del CGP., *“También habrá lugar a la condena a que se refiere este artículo, en los eventos en que se nieguen las pretensiones por falta de demostración de los*

perjuicios. En este evento la sanción equivaldrá al cinco (5) por ciento del valor pretendido en la demanda cuyas pretensiones fueron desestimada"

3. TEORÍA DEL CASO COMO MEDIO DE DEFENSA

Para contextualizar al juez de la cusa, es preciso que se tenga presente que la demanda se presenta sin técnica jurídica, al demandar a todos los profesionales de salud que atendieron al señor **NEMESIO CARREÑO NAVARRO**, sin que en los hechos y pretensiones de la demanda, se establezca de forma concreta y precisa desde lo que se denomina "imputación jurídica", un factor de imputación de responsabilidad respecto de la actuación de cada profesional demandado, es decir, que en la demanda no se concreta de forma clara los elementos de la responsabilidad civil por la que deben responder de forma individual o solidaria los demandados.

No existe certeza que durante la revaloración que hizo la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** del paciente **NEMESIO CARREÑO NAVARRO (16 de enero de 2017 las 6:00 p.m.,)** dicho estuviere cursando con un síndrome coronario agudo, y sobre todo no hay certeza o prueba que establezca que citada profesional se hubiere equivocado en no diagnosticarlo.

Para el caso de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no se determina de forma clara, precisa y concreta, la razón por la cual la médico que apodero debe responder civilmente por los daños reclamados en la demanda, ya sea de forma individual o solidaria, pues se limitan los demandantes a demandar a un número de profesionales sin establecer el motivo o causa por la que los demanda.

La ausencia de dicha imputación y revisando el actuar profesional de dicha profesional, es claro que la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** tuvo contacto una solo vez con el paciente, esto es el día 16 de enero de 2017.

Paciente **NEMESIO CARREÑO NAVARRO**, de 63 años de edad, consulta por el servicio de urgencia de la **CLÍNICA DEL CESAR S.A.**, en la hora de la tarde (04:22 p.m.,) siendo atendido inicialmente por el Dr. **EYVER ENRIQUE IBARRA OLIVELLA**

En la historia clínica se describe como motivo de consulta, toraxico súbito no irradiado, asociado a síntomas gastrointestinales, se hace impresión diagnostica de dolor precordial y dispepsia.

Se ordena electrocardiograma desde que ingresó al servicio de urgencias, como prueba estándar para el diagnóstico de síndrome coronario agudo

La atención medica de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** consistió en la revaloración del paciente con motivo de consulta dolor en el pecho no especificado y enfermedad acido péptica.

Dado que se había ordenado realizar electrocardiograma al ingreso del servicio de urgencia, siendo esta prueba, la ayuda diagnostica o examen "Gold Estándar" en urgencia para sospechar patología cardiaca súbita, crónica o aguda) el cual al momento de la revaloración realizada por el Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** el mismo 16 de enero de 2017 se tiene:

Que el señor **NEMESIO CARREÑO NAVARRO** tenia parámetros normales; el dolor según lo referido por el paciente había mejorado, las cifras tensionales tomadas nuevamente se habían normalizado, su examen físico en la parte cardio -vascular estaba sin cambios a la auscultación, no taquicardias, no soplos, no ruidos agregados.

En razón a lo anterior dado a que todo el cuadro de síntomas, signos, mejoría de su estado de salud, y sin antecedentes patológicos importantes, la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** consideró dar salida la paciente, ya que en muchas ocasiones enfermedad ácido péptica, reflujo gastroesofágico, gastritis exacerbada, esofagitis causan dichos síntomas, que nos hacen encaminarnos a patologías gástricas y descartar alteraciones cardiacas, y según hallazgos electrocardiográficos, no se encontraba ninguna alteración que sugiriera síndrome coronario agudo, arritmia, bloqueo entre otros.

En el caso que nos ocupa, el paciente no presentó dolor torácico anginoso que pudiera sugerir Síndrome Coronarios Agudo al momento de la consulta del 16 de enero de 2017, más si se tiene en presente que desde la hora de ingreso esto es 4: 22 p.m., y las 18:06 del 16 de enero de 2017, el paciente estaba asintomático, se anota en la historia clínica expresamente:

EKG: NORMAL
REFIERE MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, NO DOLOR TORAXICO, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Al momento de la revaloración realizada por la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, el paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** no presentaba dolor toraxico ni dificultad respiratoria, y con el electrocardiograma normal era indicado su egreso.

En pacientes sintomáticos, y con electrocardiograma no diagnostico se debe repetir este examen cada 15 minutos durante la primera hora hasta descartar cambios isquémicos, que no fue el caso del paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, quien no volvió a presentar síntomas de dolor torácico opresivo a nivel precordial.

Es la historia clínica el documento en el que se registran los detalles de la revaloración realizada por la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN**.

No había indicación de hospitalización, por tanto el actuar de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN** fue correcto y adecuado a la "lex artis"

321

TELÉFONO: 21678728 DIRECCIÓN: CALLE 29 N 11-77 OCUPACIÓN: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS
 PROCEDENCIA: VALLEDUPAR

ENTIDAD: 139 - NUEVA EPS S.A. 2015 - 2015
 TIPO RÉGIMEN: Contributivo NIVEL: CONTRIBUTIVO RANEO 1
 NOMBRE ACUIDENTE: USR CAMPLO TEL DEL ACUIDENTE: 3107927374
 DIRECCIÓN ACUIDENTE: INGRESO: 102946
 FEC. INGRESO: 15/01/2017 04:22:45 p.m. CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General

REVALUADO PTE DE 69 AÑOS DE EDO, CON IDX:
 • DOLOR EN EL PECHO NO ESPECÍFICO
 • ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA RGE

EKG: NORMAL
 REFIERE MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, NO DOLOR TORÁXICO, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR

AL EX FÍSICO PC: 80 FR: 98 TA: 100/60/60 MMHG
 NORMOCÉFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA.
 TORAX SINISTRICO NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN ADRESADOS
 ABDOMEN BLANCO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NO MEGALIAS,
 PERISTALSIS POSITIVA
 GU: NO EXPLORADOS, DIURESIS (+)
 EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMAS PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR NORMAL
 NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

ANÁLISIS: PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO DETERIORO DEL ESTADO CLÍNICO, MEJORA DE SINTOMATOLOGÍA DE INGRESO,
 PARACLÍNICOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES, POR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
 GENERAL, CITA CONTROL Y FÓRMULA MÉDICA AMBULATORIA.

INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS

ANTECEDENTES	
Médicos	NEGA
Quirúrgicos	APENDICECTOMIA MAS LAVADO PERITONEAL, POR PERITONITIS
Alérgicos	NEGA
Médicos	HIPERTRIGLICERIDEMIA
Tóxicos	Ninguno
	NEGA

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	Dx PRINCIPAL
R074	DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	Ppal <input checked="" type="checkbox"/>

ORDENES MEDICAS:
 SALIDA

Profesional PERPIÑAN CHIQUILLO KATHERINE LIZETH
 R.M. 1065623961
 Especialidad MEDICINA GENERAL

Nótese que se describe el electrocardiograma tomado al paciente fue normal, por tanto se insiste la conducta de dar de alta al paciente fue acorde a la "lex artis", es claro que dicha indicación médica no tiene relación de causalidad con el posterior fallecimiento del señor NEMESIO CARREÑO NAVARRO.

El electrocardiograma, es el medio diagnóstico, es una prueba muy importante en un paciente con dolor precordial para descartar un infarto o una enfermedad cardíaca.

El electrocardiograma, refleja la actividad eléctrica del corazón; el corazón tiene zonas localizadas en las que se origina una pequeña corriente eléctrica que es la que genera los latidos cardiacos. Esta corriente se puede medir desde el exterior.

El electrocardiograma, registra estas señales sobre el papel o sobre una pantalla, lo que permite al médico ver cómo está funcionando el corazón. Estas ondas eléctricas sufren modificaciones en el electrocardiograma, cuando se produce un infarto agudo de miocardio y, además, las imágenes serán distintas si se está produciendo un infarto o si éste se produjo hace tiempo.

El electrocardiograma ayuda a confirmar el diagnóstico de un infarto cuando se sospecha por las características del dolor y ayuda a determinar cuál es la zona del corazón a la que está afectando y esto es de utilidad para establecer el tratamiento más eficaz, en este caso se realizó como parte del protocolo de manejo de dolor torácico.

Se cuestiona que no se realizó la enzima troponina, como examen biomarcador óptimo para establecer la necrosis miocárdica, al respecto se precisa que la troponina poco sensible en las fases muy precoces. En los infartados el pico máximo es más tardío, sobre las 24 horas, 10 aunque ya a las 6 horas la cuantía del aumento permite discriminar un evento isquémico, quiere decir lo

anterior que el caso que nos ocupa, aun si se hubiera realizado el examen de enzima troponina por el tiempo de evolución del dolor torácico que tenía el paciente (se refiere dolor de más o menos 20 minutos una sola vez) no se hubiera reportado un aumento de la enzima troponina.

4. RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

4.1. ACLARACIÓN PREVIA ANTES DE RESPONDER A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

La parte que apodero solo está obligada a responder los hechos de la demanda, relacionados con su actuación médica, esto es la revaloración que la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** hizo al paciente el 16 de enero de 2017, sobre los hechos no relacionados su actuar profesional deben ser contestados por los demandados que tengan relación con los mismos.

AL HECHO UNO DE LA DEMANDA. Es cierto conforme está descrito en la historia clínica; aclarando que la atención descrita hace parte del proceso de atención en el servicio de urgencia, cuya atención inicial correspondió al Dr. **EYVER ENRIQUE IBARRA OLIVELLA**

AL HECHO DOS DE LA DEMANDA. Es cierto conforme está descrito en la historia clínica; aclarando que la atención descrita hace parte del proceso de atención en el servicio de urgencia, cuya atención inicial correspondió al Dr. **EYVER ENRIQUE IBARRA OLIVELLA**

AL HECHO TRES DE LA DEMANDA. Es cierto y esta es la única atención a cargo de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, que como ya fue puesto de presente en esta contestación su actuar profesional fue correcto y adecuado al momento de la revaloración del paciente no habiendo indicación de hospitaliza o de tomar conducta diferente a la que está descrita en la historia clínica.

AL HECHO CUARTO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante.

AL HECHO QUINTO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante.

AL HECHO SEXTO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante.

AL HECHO SÉPTIMO DE LA DEMANDA. No es cierto, el hecho contiene afirmaciones que no son ciertas, en la historia clínica no se hace referencia a antecedentes de obesidad, en cuando a la hiperlipidemia no se consideró un factor de riesgo para síndrome coronario agudo, precisamente porque el motivo de consulta y el estado de salud de egreso no hacían sospechar dicha enfermedad, sin que ello implique una mala práctica médica en cabeza de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**.

La sospecha de clínica de un evento coronario agudo, se centra especialmente en la manifestación típica denominada "Angina de pecho". Esta expresión denomina el dolor torácico de origen isquémico en el corazón y su descripción es: "Dolor centro torácico opresivo, que se puede irradiar a mandíbula, región interescapular, cara cubital del miembro superior izquierdo, de comienzo

progresivo, duración mayor de 1 minuto, usualmente asociado a diaforesis profusa, náuseas y vómito, que puede ser provocado por ejercicio o estrés emocional, y que es aliviado con reposo o la nitroglicerina". Estas características son denominadas como "angina típica (definitiva)" cuando están presentes la mayoría de estos síntomas o pueden denominarse "angina atípica (probable)" cuando reúne al menos dos de los síntomas descritos.

El paciente presenta dolor precordial pero esto por sí solo no se traduce en angina de pecho, pues la angina es un diagnóstico clínico, y se define en función de unas características específicas en cuanto al tipo del dolor, localización y factores desencadenantes y atenuantes que debemos conocer.

Puede haber situaciones relacionadas con evento coronario agudo, que no se presenten asociados a dolor torácico. En estos casos las manifestaciones más frecuentes son la disnea asociada al esfuerzo físico, diaforesis, náuseas, palidez y fatiga. Estos casos son conocidos como "angina silente" y se presentan especialmente en mujeres mayores de 60 años y pacientes diabéticos

Características del dolor torácico anginoso:

1. Tipo de dolor, localización, irradiación y duración: Se describe como opresivo, quemazón o pesadez y no se modifica con la presión, respiración o los movimientos. Puede acompañarse de cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, fatiga, debilidad o sudoración). Es de localización precordial o retroesternal, irradiándose al borde cubital de los brazos (más frecuentemente a brazo izquierdo), cuello, mandíbula o región interescapular.

La duración es en general breve (menos de 10 minutos en la angina estable) y más prolongado en el Síndrome Coronarios Agudo.

2. Factores desencadenantes: Los esfuerzos, el estrés emocional o los ambientes fríos.

3. Factores atenuantes: El reposo o la nitroglicerina sublingual

Según estas tres características podemos clasificar al dolor torácico en angina típica, angina atípica o dolor torácico no coronario.

A menudo al examen físico el paciente presenta signos y síntomas como: Sudoración, disnea, palidez y una sensación de opresión o muerte inminente. Es un paciente ansioso, agitado y con cambios frecuentes de postura, el pulso es débil y de frecuencia variable. La taquicardia y la hipertensión se manifiesta aproximadamente en la cuarta parte de los pacientes con infarto de la pared anterior por hiperactividad simpática y hasta en la mitad de los pacientes con infarto de la pared inferior se manifiesta bradicardia e hipotensión favorecidos por la hiperactividad parasimpática.

La troponina es una proteína globular de gran tamaño (aprox. 70.000 daltons) reguladora de la contracción del músculo cardíaco. Contiene tres subunidades polipeptídicas: troponina C (fijadora de calcio), troponina I (inhibidora de la interacción actina-miosina) y troponina T (fijadora de tropomiosina), las cuales son liberadas hacia el torrente sanguíneo durante un infarto al miocardio, por pérdida de la integridad de la membrana celular.

Existen inmunoensayos para la detección tanto de troponina I como T, mostrando ambas moléculas características diagnósticas similares, considerándose los biomarcadores más sensibles y específicos de daño miocárdico. Los datos acumulados indican que tanto troponina I como T

aparecen en el suero entre 4 y 10 horas después del inicio del infarto, tienen su peak entre las 12 y 48 h, permaneciendo elevadas entre 4 y 10 días

En el caso que nos ocupa, el paciente no presentó dolor torácico anginoso que pudiera sugerir Síndrome Coronarios Agudo al momento de la consulta del 16 de enero de 2017, más si se tiene en presente que desde la hora de ingreso esto es 4: 22 p.m., y las 18:06 del 16 de enero de 2017, el paciente estaba asintomático.

Al momento de la revaloración realizada por la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, el paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** no presentaba dolor toraxico ni dificultad respiratoria, y con el electrocardiograma normal era indicado su egreso, por tanto no había indicación de realizar un examen para la enzima troponina ni mucho menos se podía o era viable sospechar que el paciente presentaba o estaba cursando con un síndrome agudo del miocardio.

Se cuestiona que no se realizó la enzima troponina, como examen biomarcador óptimo para establecer la necrosis miocárdica, al respecto se precisa que la troponina poco sensible en las fases muy precoces. En los infartados el pico máximo es más tardío, sobre las 24 horas, 10 aunque ya a las 6 horas la cuantía del aumento permite discriminar un evento isquémico, quiere decir lo anterior que el caso que nos ocupa, aun si se hubiera realizado el examen de enzima troponina por el tiempo de evolución del dolor torácico que tenía el paciente (se refiere dolor de más o menos 20 minutos una sola vez) no se hubiera reportado un aumento de la enzima troponina.

La Troponina I: comienza a elevarse a las 4-6 horas. Es muy específica de daño miocárdico (aunque no es patognomónica de SCA) y tiene valor pronóstico

Es claro que de haber ordenado la examen de enzima troponina al momento del ingreso del paciente el 16 de enero de 2017, a las 4: 22 p.m. (momento de ingreso) o 6:00 p.m. (momento de la revaloración) este examen no hubiera reportado aumento de la enzima troponina y por tanto daño al miocardio.

En ninguna parte de la historia clínica (del 16 de enero 2017) se anota como sospecha de diagnóstico de síndrome coronario agudo, la sintomatología motivo de consulta para la fecha ya indicada no era sugestiva de un síndrome coronario agudo.

En pacientes sintomáticos, y con electrocardiograma no diagnostico normal se debe repetir este examen cada 15 minutos durante la primera hora hasta descartar cambios isquémicos, que no fue el caso del paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, quien no volvió a presentar síntomas de dolor torácico opresivo a nivel precordial por tanto no había indicación de realizar otro electrocardiograma.

AL HECHO OCTAVO DE LA DEMANDA. El hecho no es cierto, según historia clínica quien ordena el egreso del paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** es la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no el Dr. **EYVER ENRIQUE IBARRA OLIVELLA**.

No es cierto que el paciente presentara factores de riesgo de hecho como ya fue contestado en la historia clínica no se hace referencia a antecedentes de obesidad, en cuando a la hiperlipidemia se consideró un factor de riesgo para síndrome coronario agudo, precisamente porque el motivo de consulta y el estado de salud de egreso no hacían sospechar dicha enfermedad, sin que ello implique una mala práctica médica en cabeza de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**

Como ya fue explicado no había indicación de hospitalizar al paciente, en la medida que al momento de la revaloración realizada por la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, el paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** no presentaba dolor toraxico ni dificultad respiratoria, y con el electrocardiograma normal era indicado su egreso, por tanto no había indicación de realizar un examen para la enzima troponina.

AL HECHO NOVENO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada lo descrito o narrado en este hecho de la demanda, si es un documento público debió aportarse en la demanda, lo cierto es que la guía que se narra en este hecho de la demanda, hace referencia a pacientes con síntomas atípicos con sospecha de SCA.

En el caso en comento la sintomatología motivo de consulta y la evolución posterior del paciente entre hora de ingreso esto es 4: 22 p.m., y las 18:06 del 16 de enero de 2017, no eran indicativos o sospechosos de un Síndrome Coronario Agudo, precisamente porque durante la estancia en la **CLÍNICA CESAR S.A.**, el 16 de enero de 2017, no volvió a presentar dolor torácico.

Se insiste el paciente estuvo asintomático y el electrocardiograma dio como resultado normal por tanto no era mandatorio realizar prueba o examen adicional como seguimiento electrocardiológico, ecocardiograma y enzimático.

AL HECHO DECIMO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada lo descrito o narrado en este hecho de la demanda, si es un documento público debió aportarse en la demanda, lo cierto es que la guía que se narra en este hecho de la demanda, hace referencia a pacientes con síntomas atípicos con sospecha de SCA, debe precisar que para el 16 de enero de 2017, la sintomatología objeto de consulta y de revaloración no eran indicativa de un Síndrome Coronario Agudo.

AL HECHO DECIMO PRIMERO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante

AL HECHO DECIMO TERCERO DE LA DEMANDA. No le consta a mi representada, en la medida que este hecho de la demanda, hace referencia a situaciones sobre los cuales la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** no tuvo injerencia como médico tratante.

AL HECHO DECIMO CUARTO DE LA DEMANDA. En este hecho de la demanda se describe situaciones de índole familiar del señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, de las cuales mi representada es ajena, nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con relevancia procesal para las pretensiones de la demanda, aclarando además, que no existe relación de causalidad entre la conducta médico de la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** y el fallecimiento posterior del citado paciente.

AL HECHO DECIMO QUINTO DE LA DEMANDA. En este hecho de la demanda se describen situaciones de índole comercial del señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, de las cuales mi representada es ajena, nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con relevancia procesal para las pretensiones de la demanda, aclarando además, que no existe relación de causalidad entre la conducta médico de la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** y el

fallecimiento posterior del citado paciente, por tanto los daños que se reclaman en la demanda no son atribuibles a mi representada.

AL HECHO DECIMO SEXTO DE LA DEMANDA. En este hecho de la demanda se describen situaciones de índole familiar del señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, de las cuales mi representada es ajena, nos atenemos a lo que resulte probado en el proceso con relevancia procesal para las pretensiones de la demanda, aclarando además, que no existe relación de causalidad entre la conducta médico de la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** y el fallecimiento posterior del citado paciente, por tanto los daños que se reclaman en la demanda no son atribuibles a mi representada.

5. EXCEPCIONES DE FONDO

5.1. EL ACTUAR MEDICO DE LA DRA. KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO, NO TIENE RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON LOS HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA. AUSENCIA DE CAUSALIDAD ENTRE LOS DAÑOS RECLAMOS COMO INDEMNIZABLES Y EL SERVICIO DE SALUD SUMINISTRADO POR LA DRA. KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO EL DÍA 16 DE ENERO DE 2017.

Para mayor precisión de esta excepción debe el juez de la causa contextualizar, que la médico **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** atendió al paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** solo una vez en la **CLÍNICA CESAR S.A.**

Se describe en la historia clínica del 16 de enero de 2017, lo siguiente:

TELÉFONO: 3167527378 DIRECCIÓN: CALLE 20 N 11 - 77 OCUPACIÓN: OTROS VENDEDORES Y COMERCIANTES NO CLASIFICADOS
 PROCEDENCIA: VALLEDUPAR
 ENTIDAD: ICBP - NUEVA EPS S.A. 2015 - 2016
 TIPO RÉGIMEN: Contributivo NIVEL: CONTRIBUTIVO RANGO 1
 NOMBRE ACUDIENTE: LEJÉ CAMPILLO TEL DEL ACUDIENTE: 3167527378
 DIRECCIÓN ACUDIENTE: INGRESO: 102846
 FEC. INGRESO: 16/01/2017 04:22:45 p.m. CAUSA EXTERNA: Enfermedad_General
 REEVALUO PTE DE 65 AÑOS DE EDAD, CON IDX:
 - DOLOR EN EL PECHO NO ESPECÍFICO
 - ENFERMEDAD ACIDO PÉPTICA: RBE
 EKG: NORMAL
 REFIERE MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, NO DOLOR TORÁCICO, NO DIFICULTAD PARA RESPIRAR
 AL EXPLORAR FC: 80 FR: 16 TA: 105/60/90
 NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA
 TORAX SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NO SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS
 ABDOMEN BILANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MARIAS NO MEGALIAS,
 PERISTALSI POSITIVA
 OJ: NO EXPLORADOS, DIURESIS (+)
 EXTREMIDADES SIMÉTRICAS NO EDEMAS PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR NORMAL
 NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE
 ANÁLISIS: PACIENTE ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, NO DETERIORO DEL ESTADO CLÍNICO, MEJORA DE SINTOMATOLOGÍA DE INGRESO,
 PARACLÍNICOS DENTRO DE LÍMITES NORMALES, POR LO CUAL SE DECIDE DAR SALIDA CON RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA
 GENERAL, CITA CONTROL Y FÓRMULA MÉDICA AMBULATORIA.

INTERPRETACIÓN DE ESTUDIOS REALIZADOS

Médicos	NEGA.
Quirúrgicos	APENDICECTOMIA MAS LAVADO PERITONEAL, POR PERITONITIS
Alérgicos	NEGA.
Médicos	HIPERTRIGLICERIDEMA
Tóxicos	Ninguno
	NEGA.

ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO
 CÓDIGO: R074 DESCRIPCIÓN: DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO Dx PRINCIPAL Ppal

ORDENES MEDICAS:
 SALIDA

Profesional PERPIÑAN CHIQUILLO KATHERINE LIZETH
 R.M. 1065623961
 Especialidad MEDICINA GENERAL

El electrocardiograma, es el medio diagnóstico, es una prueba muy importante en un paciente con dolor precordial para descartar un infarto o una enfermedad cardíaca.

Electrocardiograma, sigue siendo un pilar importante en unión del reconocimiento clínico y los biomarcadores de daño miocárdico. Debe realizarse de forma continua mientras el paciente presente síntomas y en las primeras horas del episodio agudo para poder tener certeza de que existe una elevación persistente del ST o no, y adoptar una conducta médica al respecto.

En el caso del señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** se le hizo Electrocardiograma, desde su ingreso al servicio de urgencia, y la sintomatología de ingreso desapareció, es decir, evolucionó a la mejoría, por lo que se descartó una elevación del ST.

La sospecha de clínica de un evento coronario agudo, se centra especialmente en la manifestación típica denominada "Angina de pecho". Esta expresión denomina el dolor torácico de origen isquémico en el corazón y su descripción es: "Dolor centro torácico opresivo, que se puede irradiar a mandíbula, región interescapular, cara cubital del miembro superior izquierdo, de comienzo progresivo, duración mayor de 1 minuto, usualmente asociado a diaforesis profusa, náuseas y vómito, que puede ser provocado por ejercicio o estrés emocional, y que es aliviado con reposo o la nitroglicerina". Estas características son denominadas como "angina típica (definitiva)" cuando están presentes la mayoría de estos síntomas o pueden denominarse "angina atípica (probable)" cuando reúne al menos dos de los síntomas descritos.

El paciente presenta dolor precordial pero esto por sí solo no se traduce en angina de pecho, pues la angina es un diagnóstico clínico, y se define en función de unas características específicas en cuanto al tipo del dolor, localización y factores desencadenantes y atenuantes que debemos conocer.

Puede haber situaciones relacionadas con evento coronario agudo, que no se presenten asociados a dolor torácico. En estos casos las manifestaciones más frecuentes son la disnea asociada al esfuerzo físico, diaforesis, náuseas, palidez y fatiga. Estos casos son conocidos como "angina silente" y se presentan especialmente en mujeres mayores de 60 años y pacientes diabéticos

Características del dolor torácico anginoso:

1. Tipo de dolor, localización, irradiación y duración: Se describe como opresivo, quemazón o pesadez y no se modifica con la presión, respiración o los movimientos. Puede acompañarse de cortejo vegetativo (náuseas, vómitos, fatiga, debilidad o sudoración). Es de localización precordial o retroesternal, irradiándose al borde cubital de los brazos (más frecuentemente a brazo izquierdo), cuello, mandíbula o región interescapular.

La duración es en general breve (menos de 10 minutos en la angina estable) y más prolongado en el Síndrome Coronarios Agudo.

2. Factores desencadenantes: Los esfuerzos, el estrés emocional o los ambientes fríos.

3. Factores atenuantes: El reposo o la nitroglicerina sublingual

Según estas tres características podemos clasificar al dolor torácico en angina típica, angina atípica o dolor torácico no coronario.

A menudo al examen físico el paciente presenta signos y síntomas como: Sudoración, disnea, palidez y una sensación de opresión o muerte inminente. Es un paciente ansioso, agitado y con cambios frecuentes de postura, el pulso es débil y de frecuencia variable. La taquicardia y la hipertensión se manifiesta aproximadamente en la cuarta parte de los pacientes con infarto de la pared anterior por hiperactividad simpática y hasta en la mitad de los pacientes con infarto de la pared inferior se manifiesta bradicardia e hipotensión favorecidos por la hiperactividad parasimpática.

La troponina es una proteína globular de gran tamaño (aprox. 70.000 daltons) reguladora de la contracción del músculo cardíaco. Contiene tres subunidades polipeptídicas: troponina C (fijadora de calcio), troponina I (inhibidora de la interacción actina-miosina) y troponina T (fijadora de tropomiosina), las cuales son liberadas hacia el torrente sanguíneo durante un infarto al miocardio, por pérdida de la integridad de la membrana celular.

Existen inmunoensayos para la detección tanto de troponina I como T, mostrando ambas moléculas características diagnósticas similares, considerándose los biomarcadores más sensibles y específicos de daño miocárdico. Los datos acumulados indican que tanto troponina I como T aparecen en el suero entre 4 y 10 horas después del inicio del infarto, tienen su peak entre las 12 y 48 h, permaneciendo elevadas entre 4 y 10 días

En el caso que nos ocupa, el paciente no presentó dolor torácico anginoso que pudiera sugerir Síndrome Coronarios Agudo al momento de la consulta del 16 de enero de 2017, más si se tiene en presente que desde la hora de ingreso esto es 4: 22 p.m., y las 18:06 del 16 de enero de 2017, el paciente estaba asintomático.

Al momento de la revaloración realizada por la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, el paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** no presentaba dolor toraxico ni dificultad respiratoria, y con el electrocardiograma normal era indicado su egreso, por tanto no había indicación de realizar un examen para la enzima troponina ni mucho menos se podía o era viable sospechar que el paciente presentaba o estaba cursando con un síndrome agudo del miocardio.

Se cuestiona que no se realizó la enzima troponina, como examen biomarcador óptimo para establecer la necrosis miocárdica, al respecto se precisa que la troponina poco sensible en las fases muy precoces. En los infartados el pico máximo es más tardío, sobre las 24 horas, 10 aunque ya a las 6 horas la cuantía del aumento permite discriminar un evento isquémico, quiere decir lo anterior que el caso que nos ocupa, aun si se hubiera realizado el examen de enzima troponina por el tiempo de evolución del dolor torácico que tenía el paciente (se refiere dolor de más o menos 20 minutos una sola vez) no se hubiera reportado un aumento de la enzima troponina.

La Troponina I: comienza a elevarse a las 4-6 horas. Es muy específica de daño miocárdico (aunque no es patognomónica de SCA) y tiene valor pronóstico

Es claro que de haber ordenado la examen de enzima troponina al momento del ingreso del paciente el 16 de enero de 2017, a las 4: 22 p.m. (momento de ingreso) o 6:00 p.m. (momento de la revaloración) este examen no hubiera reportado aumento de la enzima troponina y por tanto daño al miocardio.

En ninguna parte de la historia clínica (del 16 de enero 2017) se anota como sospecha de diagnóstico de síndrome coronario agudo, la sintomatología motivo de consulta para la fecha ya indicada no era sugestiva de un síndrome coronario agudo.

En pacientes sintomáticos, y con electrocardiograma no diagnóstico normal se debe repetir este examen cada 15 minutos durante la primera hora hasta descartar cambios isquémicos, que no fue el caso del paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, quien no volvió a presentar síntomas de dolor torácico opresivo a nivel precordial por tanto no había indicación de realizar otro electrocardiograma

Como se observa la causa del fallecimiento no está relacionada causalmente con la actuación de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, por tanto es claro que la citada profesional de salud no puede ser condenada por los hechos y pretensiones de la demanda, al no configurarse los elementos de la responsabilidad civil médica de individual ni solidaria.

Respecto del nexo causal, la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil Magistrado Ponente: ARIEL SALAZAR RAMÍREZ Discutido y aprobado en sesión de catorce de agosto de dos mil doce Ref. Exp. 11001-31-03-028-2002-00188-0, se ha pronunciado:

“(…) 1. En materia de responsabilidad civil, la causa o nexo de causalidad es el concepto que permite atribuir a una persona la responsabilidad del daño por haber sido ella quien lo cometió, de manera que deba repararlo mediante el pago de una indemnización. El artículo 2341 del Código Civil exige el nexo causal como uno de los requisitos para poder imputar responsabilidad, al disponer que “el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización...”. (Se resalta)

Cometer un delito o culpa significa entonces, según nuestro ordenamiento civil, realizar o causar el hecho constitutivo del daño resarcible; aunque ese hecho no tiene que ser necesariamente el resultado del despliegue de un acto positivo, sino que bien puede acontecer por abstenerse de ejecutar una acción cuando se tiene el deber jurídico de actuar para evitar o prevenir una lesión. Es decir que la responsabilidad también puede tener lugar por una abstención u omisión en la acción.

La verificación del nexo causal no ha sido nunca tarea fácil en derecho, como no lo puede ser si se tiene en cuenta que aún en el ámbito de la filosofía de la ciencia ha sido un tema de continuo desarrollo y revisión alrededor del cual se ha generado un debate de dimensiones propias: el problema de la causalidad.

Es así como a partir de los estudios que se han hecho en el campo filosófico, la disciplina jurídica ha tomado nociones comunes a todas las ciencias para aplicarlas a los casos particulares en los que se discute la atribución de responsabilidad a una persona.

Sin embargo, no siempre la causalidad física coincide con la causalidad jurídica, toda vez que en el campo del derecho la cadena causal no se toma en su estricto sentido naturalista, sino que se encuentra impregnada de una serie de valores culturales que permiten escoger, de entre una serie de hechos, sólo aquellos que resultan verdaderamente relevantes para endilgar responsabilidad; de ahí que se hable de una causalidad adecuada.

Por manera que en la juridicidad un hecho puede ser consecuencia de otro y, sin embargo, ese solo nexo no resulte suficiente para imponer la obligación de indemnizar por los daños que de aquél se deriven. O el caso contrario, donde una consecuencia lesiva puede atribuirse a alguien aunque no haya intervenido físicamente en el flujo causal.

Es en este punto donde gana importancia el concepto de juicio de imputación causal, el cual permite identificar no solo a la persona que debe indemnizar sino también hasta dónde el

autor de una de las condiciones de la cadena causal tiene el deber de resarcir los perjuicios que resulten del hecho desencadenante.

2. El problema de la causalidad adquiere especiales connotaciones en derecho cuando se reconoce que el hecho lesivo, al igual que todo hecho natural, puede ser la consecuencia de una pluralidad de circunstancias que no siempre son identificables en su totalidad, por cuanto tal propósito supondría un regreso al infinito; de suerte que intentar aislar o graduar con precisión cuál fue la causa eficiente resulta en muchas ocasiones imposible. A esa pluralidad de causas se le puede llamar "concausas" o "causas adicionales", y el problema que suscita solo puede ser resuelto a partir del análisis del concepto de imputación jurídica.

Si varios hechos o acciones tienen la aptitud jurídica suficiente para producir el perjuicio sobreviniente, de suerte que todos ellos hayan cooperado en su realización, entonces se estará frente a una causalidad conjunta, que comporta una imputación plural en contra de todos sus autores.[7] Esta es la regla contenida en el artículo 2344 del Código Civil, según la cual "si un delito o culpa ha sido cometido por dos o más personas, cada una de ellas será solidariamente responsable de todo perjuicio procedente del mismo delito o culpa, salvo las excepciones de los artículos 2350 y 2355."

Si el hecho lesivo es generado por la acción independiente de varias personas, sin que exista convenio previo ni cooperación entre sí, "pero de tal suerte que aún de haber actuado aisladamente, el resultado se habría producido lo mismo",[8] entonces surge la hipótesis de la causalidad acumulativa o concurrente, una de cuyas variables es la contemplada en el artículo 2537 del ordenamiento civil, que prevé la reducción de la apreciación del daño cuando la víctima interviene en su producción por haberse expuesto a él imprudentemente.

Otro evento que cae bajo la órbita de las concausas tiene lugar cuando el resultado dañoso se produce por la confluencia consecutiva o alternativa de varios hechos o actos que, a pesar de tener injerencia en la producción natural de la consecuencia, no resultan jurídicamente relevantes porque solo una de ellas se considera con aptitud suficiente para endilgar responsabilidad, excluyendo o eliminando a todas las demás. En este caso la concausalidad se predica únicamente en el ámbito natural, toda vez que en la esfera del derecho solo una causa tendrá trascendencia normativa. Esta situación da lugar, entonces, a un tipo de causalidad disyuntiva.

Las anteriores hipótesis son solo algunas de las que pueden llegar a presentarse en los casos que son objeto del derecho, toda vez que la complejidad que entraña la existencia de flujos causales da lugar a innumerables suposiciones imposibles de prever en su totalidad, teniendo cada una de ellas una solución diferente de conformidad con el valor que se encuentre previsto en el ordenamiento jurídico.

Por regla general, las situaciones que caen bajo la órbita de la causalidad conjunta y de la causalidad concurrente se encuentran contempladas en el régimen legal de atribución de responsabilidad, de suerte que la vinculación material de los autores o partícipes de las acciones generadoras de causas adecuadas y el alcance de la obligación resarcitoria que les asiste, se hallarán en el propio sistema normativo.

No ocurre lo mismo en presencia de la causalidad disyuntiva o excluyente, porque frente a la existencia de varias causas naturalmente eficientes, es el sentenciador quien debe escoger entre ellas la que resulta jurídicamente relevante, desechando todas las demás, para posteriormente imputar la responsabilidad que la norma presupone.

Como puede observarse, la fijación del nexo de causalidad es la labor del juez que permite identificar los hechos que revisten verdadera trascendencia normativa y que, posteriormente, harán parte de la premisa menor del silogismo jurídico; por lo que su estudio atañe a circunstancias de facto, es decir a una reconstrucción histórica de los supuestos de hecho que surgen del caudal probatorio recopilado en la actuación.

Ahora bien, para establecer ese nexo de causalidad es preciso acudir a las reglas de la experiencia, a los juicios de probabilidad y al sentido de la razonabilidad, pues solo éstos permiten aislar, a partir de una serie de regularidades previas, el hecho con relevancia jurídica que pueda ser razonablemente considerado como la causa del daño generador de responsabilidad civil. (...)"

La Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** acató de manera fiel, estricta, precisa y exacta los principios y fundamentos de la ciencia médica, realizó un diagnóstico acertado, informó con claridad y de manera completa al paciente acerca del tratamiento, sus riesgos, consecuencias, instrucciones y recomendaciones, observó juiciosamente las normas previstas para la atención, obedeció rigurosamente los cánones médicos, registró sus actuaciones en la correspondiente historia clínica, en fin, empleó su conocimiento con sobriedad, equilibrio y ponderado criterio.

No existe un hecho de los relatados en la demanda que pueda comprometer la conducta de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** mucho menos se acredita una prueba que la desprestigie con validez científica, más si la misma demanda nunca concretó de forma clara y precisa la razón de haber demandado a la profesional que represento.

La Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** obró con coherencia, diligencia, prudencia y cuidado, en un todo de acuerdo con la ley, de la misma manera como el Equipo Médico que atendió al paciente actuó ajustado a las normas legales, a las guías institucionales, a la *lex artis* y a las buenas prácticas médicas y con sujeción al estado actual de la ciencia médica.

No habiendo existido error en todo el íter del trámite de atención, sino por el contrario una adecuada práctica por parte del Equipo Médico tratante, es dable concluir que no existe una conducta reprochable al respecto. Y al no haber recriminación a la conducta, no puede haber culpa. Y al no haber culpa no puede haber responsabilidad.

En tal virtud, no es susceptible de imputación de especie alguna de responsabilidad en cabeza la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**, por ser su actuar médico transparente, nítido, diáfano, inmaculado y ajustada a toda normatividad, y en especial a "*lex artis*"

Argüir que la conducta del Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** pudo haber sido censurable es un completo exabrupto, pues tal reproche no existe y allí en donde nada hay no puede predicarse ningún efecto. Adicionalmente, tampoco existe prueba alguna que demuestre la conducta culpable de mi poderdante.

Finalmente, continuando con el planteamiento realizado en las excepciones anteriores y fundamentado en los hechos y contestación, no otra cosa se puede predicar como conclusión que **NO EXISTE RELACIÓN DE CAUSALIDAD** entre la conducta del equipo médico y el evento de la complicación o riesgo inherente que se presentara en el paciente, que nos lleve a hacer la imputación Jurídica.

Como ingrediente de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que la profesional de la salud haya incurrido en alguna modalidad culposa en la atención del paciente, por el contrario como lo advertíamos en otro aparte de esta contestación la atención ha sido diligente y cuidadosa. No se configura la culpa en ninguna de sus formas. **No hubo impericia**, ya que a la médica tratante la respalda no solo una basta experiencia en el área aplicable al caso, sino que cuenta con la idoneidad necesaria. El tratamiento utilizado está certificado por diversas Instituciones de carácter médico de reconocimiento legal que aceptan y recomiendan el tratamiento emprendido. **No hubo negligencia**, ya que aplicaron los conocimientos médicos científicos indicados y lo hizo en forma adecuada y oportuna, sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. **Y mucho menos se dio Imprudencia**, pues dispuso de los medios adecuados para la consecución de su fin. Si por darse

un resultado inesperado, no obstante el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la *lex artis*, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual.

Por lo tanto, no existió conducta culpable de mi mandante, lo cual, ruego, Señor Juez, se sirva reconocerlo en la sentencia que ponga fin a este litigio.

5.2. INEXISTENCIA DE DAÑOS INDEMNIZABLES POR NO ESTAR CONFIGURADOS LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA. ES DECIR QUE LOS DAÑOS QUE SE RECLAMAN COMO INDEMNIZABLES SON JURÍDICOS Y POR TANTO NO SON OBJETO DE INDEMNIZACIÓN.

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a la médico que apodero.

Tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representada por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que no obstante que su tasación se encuentra sometida al arbitrio judge, igual de cierto resulta que la Jurisdicción Civil, máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a tal jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

“Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma mesurada y cuidadosa, asuman la labor de fijar el quantum de esta clase de perjuicio, bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil, tema en el que, a buen seguro, la jurisprudencia trazará un útil marco de referencia, en forma similar a lo que ocurre en tratándose del daño moral.

Cualquiera que fuera el monto de una supuesta condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, esta debería respetar los límites indicados reiteradamente por la jurisprudencia, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora.

Es de resaltar, que si no existe daño indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposo, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar del de la médico que apodero, ni hay responsabilidad como se demostrara dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro *El Daño* de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala: “*El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en si, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de la*

partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultara necio e inútil.... El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple. Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil.... EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin perjuicio no hay responsabilidad.... En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad.... Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización.... EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

Igualmente, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, explica: "... Para que una persona sea responsable civilmente se requiere que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Mientras no haya daño, no cabe hablar de responsabilidad civil."

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001, CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, señala: La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto (2), es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:

"Ha sido criterio de la corporación(3), que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo.

Respecto al daño moral y pérdida de oportunidad o chance de sobrevivir o sanar, tampoco es recibo, no solo por lo antes señalado, sino por que el paciente como se dijo está sano y ha sobrevivido en óptimas condiciones, no se probó ningún tipo de daño antijurídico por cuanto se restableció la salud, ni es cierto."

5.3. LA CARGA DE LA PRUEBA DE LA RESPONSABILIDAD ES QUIEN RECLAMA LA INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS. LA PARTE ACTORA NO HA PROBADO LA RESPONSABILIDAD DEL DRA. KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO POR TANTO NO SURGE NINGUNA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA.

La Sala en SC12449-2014 la Corte Suprema de Justicia consideró:

[e]l régimen que gobierna la eventual responsabilidad está marcado por el de culpa probada empero e igualmente, su disciplina probativa no debe responder a la rigidez de antaño, sino que, ya el médico ora el paciente, debe asumir ese compromiso demostrativo, atendiendo la real posibilidad de hacerlo; aquél que se encuentre en mejores condiciones para acreditar los supuestos de hecho configurantes del tema a establecer, deberá asumir esa carga.

De la redacción de la demanda, no se vislumbra, que la **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** sea responsable del fallecimiento del paciente **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, por tanto no surge para mi representada deber de indemnizar los daños reclamados en la demanda.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*¹, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente.

Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancias, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte² que *“el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego

¹ Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004 *“es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, esta referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad.”* pag. 45

² Sentencia de Casación Exp. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado³ se caen de su peso.

Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y ex magistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expreso *“tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del medico es de medios, poco importa que el acto médico sea en sí mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado”*.⁴ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al medico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de *responsabilidad objetiva*. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos

³ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad medica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

⁴ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.

5.4. INEXISTENCIA DE LOS DAÑOS PATRIMONIALES RECLAMADOS EN LA DEMANDA Y AUSENCIA DE ANTIJURIDICIDAD DE LOS DAÑOS RECLAMADOS.

No se aporta al proceso prueba de los ingresos del señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO** reclamados por la demandante **LIDYS CAMPILLO TRUJILLO**, entonces se especula respecto del daño materia reclamado en la demanda.

Al respecto se ha pronunciado la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia Sala Civil en estos términos:

“(…) PERJUICIO MATERIAL -prueba de la dependencia económica de quien reclama el auxilio.

“Por consiguiente, quien reclame la existencia de un perjuicio derivado de la pérdida de un auxilio económico debe acreditar que lo recibía, pues no existe precepto legal alguno que exonere, en la hipótesis de que se ha venido hablando, a los padres de probar la existencia del daño que reclaman, mucho menos el artículo 411 del Código Civil, de cuyo contenido no se vislumbra, ni por asomo, una inferencia de ese talante.”

(…)

“De modo que si se trata de reclamar el daño material sufrido por la muerte de un hijo, no le es suficiente a los padres demostrar el vínculo de parentesco que los une con el fallecido, sino que, además, deben acreditar que al momento de su deceso, su subsistencia dependía total o parcialmente de él, puesto que de no ser así, esto es, si no derivaban de él su sustento o no recibían de éste contribución alguna para su manutención, no puede decirse que su fallecimiento les hubiese ocasionado un detrimento patrimonial, desde luego que si ninguna ayuda económica les brindaba el hijo, con su muerte nada dejan de percibir.

Podría replicarse que los padres perdieron la posibilidad de reclamar de su descendiente su asistencia, en caso de hacerse ella necesaria, más se trataría, en ese evento, de un daño hipotético, ya que se fincaría en meras conjeturas como, por ejemplo, que los padres llegaren a verdaderamente necesitar algún día la ayuda económica del hijo, o que éste estuviese en posibilidad, para esa época, de concedérsela.” Sentencia SC 039 de fecha 25 de febrero de 2005 magistrado ponente PEDRO OCTAVIO MUNAR CADENA.

En ese orden de ideas, no está probado en el proceso la existencia de un lucro cesante en la suma de \$ 112.989.997

5.5. LOS DAÑOS RECLAMADOS EN LA DEMANDAS NO SON INDEMNIZABLES EN LA MEDIDA QUE LOS MISMOS SE TORNA JURÍDICOS AL NO MATERIALIZARSE LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA EN CABEZA DE LAS PERSONAS DEMANDAS.

5.6. INEXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE CONFIGURAN LAS RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA POR TANTO NO HAY LUGAR A QUE SE CONDENE LA MEDICO KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO

5.7. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN LAS ACTUACIONES MEDICAS QUE SE IMPUTAN EN LA DEMANDA COMO GENERADORAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA.

5.8. EXCESIVA TASACIÓN DE LOS DAÑOS MORALES, EN CASO DE SENTENCIA DEBEN AJUSTARSE A LOS PARÁMETROS JURISPRUDENCIALES.

6. PRUEBAS

6.1. PRONUNCIAMIENTO DE LA PRUEBAS DE LA PARTE ACTORA.

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRUEBAS DOCUMENTALES APORTADAS EN LA DEMANDA.

-Con respecto a la historia clínica de los servicios de salud suministrados al señor **NEMECIO CARREÑO NAVARRO**, no nos oponemos a dicho documento en la medida que reflejan lo acontecido en la **CLÍNICA CESAR**

El resto de documentos aportado al proceso debe el juez darle le valor probatorio que corresponda.

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DEL DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA PARTE ACTORA.

Se pone de presente que la persona que rindió el concepto técnico no es un especialista en cardiología, y lo único que hizo fue transcribir historia clínica y una guía no anexas a la demanda que no hacen parte del material probatorio, y que la parte que apodero desconoce, que de ser documentos públicos debieron ser aportados al proceso para que obraran como prueba documental.

Las conclusiones dadas por el médico general **EDGARDO MIRANDA CARMONA**, no están basadas o fundamentadas en un estudio científico ni mucho menos en un método científico que permita al juez de la causa tenerlas como una verdad procesal, por el contrario, solo hacen referencia a un análisis médico descontextualizado del estado de salud del paciente y una guías médicas que como ha sido explicado no están anexas a la demanda y se desconoce su valor probatorio.

Ninguna de las conclusiones están fundamentadas en documentos o literatura científica, comprobable y verificable por el despacho, los conceptos no representan la cientificidad que amerita el análisis de un caso de un paciente con leucemia, por lo tanto las apreciaciones descritas en el documento anexo son especulativas y carentes de cientificidad.

PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LA SOLICITUD DE PRUEBAS TESTIMONIALES SOLICITADAS POR LA PARTE ACTORA.

La solicitud carece de técnica jurídica en la medida que no se establece los motivos o causa de los testimonios solicitados, no obstante de ser decretados nos adherimos a los mismos.

6.2. SOLICITUD DE PRUEBAS

Solicito se decreten las siguientes pruebas

6.2.1. RESPECTO DEL DICTAMEN PERICIAL

Con el fin de dar contradicción a la prueba pericial, solicito conforme el artículo 228 y 235 del CGP, se cite a la perito de parte **EDGARDO MIRANDA CARMONA**, para que en audiencia pública, la parte que represento proceda y los codemandados ejerzan la contradicción de dicho dictamen.

Artículo 228. Contradicción del dictamen. La parte contra la cual se aduzca un dictamen pericial podrá solicitar la comparecencia del perito a la audiencia, aportar otro o realizar ambas actuaciones. Estas deberán realizarse dentro del término de traslado del escrito con el cual haya sido aportado o, en su defecto, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la providencia que lo ponga en conocimiento. En virtud de la anterior solicitud, o si el

juez lo considera necesario, citará al perito a la respectiva audiencia, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen. La contraparte de quien haya aportado el dictamen podrá formular preguntas asertivas e insinuanes. Las partes tendrán derecho, si lo consideran necesario, a interrogar nuevamente al perito, en el orden establecido para el testimonio. **Si el perito citado no asiste a la audiencia, el dictamen no tendrá valor.**

Si se excusa al perito, antes de su intervención en la audiencia, por fuerza mayor o caso fortuito, el juez recaudará las demás pruebas y suspenderá la audiencia para continuarla en nueva fecha y hora que señalará antes de cerrarla, en la cual se interrogará al experto y se surtirán las etapas del proceso pendientes.

El perito solo podrá excusarse una vez. Las justificaciones que por las mismas causas sean presentadas dentro de los tres (3) días siguientes a la audiencia, solo autorizan el decreto de la prueba en segunda instancia, si ya se hubiere proferido sentencia. Si el proceso fuera de única instancia, se fijará por una sola vez nueva fecha y hora para realizar el interrogatorio del perito. En ningún caso habrá lugar a trámite especial de objeción del dictamen por error grave.

Si el perito de parte no asiste a la audiencia a la que se le cite, el dictamen perderá valor.

6.2.2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes, LIDYS CAMPILLO TRUJILLO, YEFERSON CARREÑO CAMPIÑO y MARCOS JULIO NAVARRO para que confiesen sobre las excepciones de fondo en las que se sustenta la defensa de mi representada.

Conforme a lo establecido en el artículo 230 del CGP, solicito poder interrogar a todos los codemandados, pues la norma así lo permite;

(...) Artículo 203. Práctica del interrogatorio. Antes de iniciarse el interrogatorio se recibirá al interrogado juramento de no faltar a la verdad (...)

(.....) El juez, de oficio o **a petición de una de las partes, podrá interrogar a las demás que se encuentren presentes**, si lo considera conveniente (...)"

6.2.3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Esta nueva prueba hace referencia a la declaración que hace una de las partes ante el Juez, es una especie de testimonio de una de las partes en el proceso, es un escenario en el que las partes pueden ofrecer su testimonio y, como consecuencia de ello, ser interrogadas tanto por la contraparte, como por su propio apoderado, sin límite alguno en cuanto al número de preguntas. Esta prueba está regulada por el artículo 165 y 191 del Código General del Proceso.

En este orden de ideas, solicito de decrete la declaración de parte de la Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO**

7. NOTIFICACIONES

La Dra. **KATHERINE LIZETH PERPIÑAN CHIQUILLO** en la Cra 81 Nro. 44 B-64 apto 201 edificio San José del Palmar Medellín.

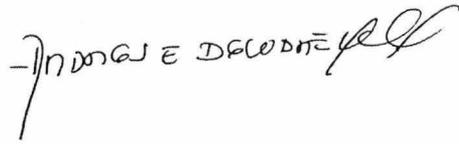
El suscrito en la Cra. 9 Nro. 142-53 Oficina 202 de Bogotá D.C., andresdewdney@hotmail.com Tel 3166933431.

6. SOLICITUD

-Se desestimen todas y cada una de las pretensiones de demanda.

-Se condena a costas y agencias en derecho a la parte actora.

Atentamente,



ANDRES EDUARDO DEWDNEY MONTERO
C.C Nro. 72.203.823 de Barranquilla
T.P. Nro. 93.691 del C.S. de la J.