

RECURSOS CONTRA AUTO PRUEBAS PROC. RESPONSABILIDAD DE ANDREA MIRA Y OTROS VS ALIANSALUD E.P.S. S.A. Y OTROS RADICADO 08001530300820120014300 NUM INT 143-2012

Luis Ricardo García Jaramillo <lugar47@hotmail.com>

Vie 3/06/2022 3:21 PM

Para: Juzgado 02 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto02ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Luis García <lugarjar47@gmail.com>; ip salud del caribe <ipsaludcaribe@hotmail.com>

Buenas Tardes: Adjunto hallarán documento PDF que contiene recursos de reposición y apelación parcial contra auto decretatorio de pruebas. Solicitamos su trámite.

Favor reportar recibido.

Gracias por su Atención.



Luis Ricardo García Jaramillo

Abogado

Barranquilla, junio 3 del año 2022

Doctor

LUIS GUILLERMO BOLAÑO SANCHEZ
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO
DE BARRANQUILLA
E. S. D.

REF: VERBAL DECLARATIVO RESPONSABILIDAD SERVICIO DE SALUD

DE: ANDREA MIRA ESPINOSA
SEBASTIAN CORTES MIRA
MARIA GABRIELA CORTES MIRA

CONTRA: ALIANSALUD E.P.S. – S.A.
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.

LLAMADOS EN GARANTIA:
I.P.S. SALUD DEL CARIBE LIMITADA
SEGUROS DEL ESTADO

RADICACION: 08001530300820120014300
NUM.INT.: 143-2012

PROCESO PROVENIENTE DEL OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO.

OBJETO: INTERPOSICION DE LOS RECURSOS DE REPOSICIÓN Y APELACION, PARCIALES, CONTRA AUTO DE MAYO 31 DEL 2.022, DECRETATORIO DE PRUEBAS.

1.0. POSTULACION:

1.1. LUIS RICARDO GARCIA JARAMILLO, mayor, vecino y residente en Barranquilla, titular de la cédula de ciudadanía # 7.447.572, expedida en Barranquilla, la Tarjeta Profesional de Abogado # 11.174 del Consejo Superior de la Judicatura y de la Direc-

ción de Correo Electrónico lugar47@hotmail.com; actuando como apoderado especial de la Llamada En Garantía, sociedad “**I.P.S. SALUD DEL CARIBE LIMITADA**”, como vengo conocido en autos.

1.2. INTERPOSICION DE RECURSOS:

1.2.1. Comedidamente, contra el auto decretatorio de pruebas para el presente trámite, proveído de mayo 31 del presente año 2.022, publicado en el Estado # 52 de fecha junio 1° del mismo año, con fundamento en la preceptiva de los artículos 318 y ss. y 320 y ss. del C.G.P., y sus concurrentes artículos 348 y ss. y 350 y ss. del CPC, estando dentro del término legal; interpongo los **RECURSOS DE REPOSICION y APELACIÓN SUBSIDIARIA**, en petición de su revocatoria parcial en los puntos que señalaremos adelante y su no reproducción de los mismos, en la instancia probatoria.

1.2.2. Asimismo, impugnamos dicha providencia, por la evidente denegación de pruebas solicitadas oportunamente, por la parte que represento, en el escrito de descorrimento de traslado de la demanda, en petición de que se decreten mediante la modificación respectiva, en el sentido de decretarlas, por la providencia que desate los recursos contra el auto recurrido.

1.3. ALCANCE DE LOS RECURSOS:

1.3.1. La presente impugnación se formula contra el acápite denominado por el Despacho “**PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE**”, subacápite – “**DOCUMENTALES**”, en cuanto de facto y sin la motivación, necesaria para cualificar la procedencia o improcedencia del medio probatorio objetado, prevista en el numeral 2° del artículo 238 del C.P.C., norma vigente en la fecha de expedición del auto recurrido, pues precisamente este es el que, abre a pruebas nuestro proceso; admitió y ordenó traslado a las demás partes, como si de **Prueba Pericial Extraprocesal Anticipada o de oficio** se tratara; el documento que la demanda pretende aducir como supuesto “Concepto Pericial”, el cual resulta admitido de hecho, según el siguiente tenor literal de dicha providencia:

“-Aporta (Sic) dictamen pericial del médico experto en psiquiatría, DR. JAIME GAVIRIA TRESPALACIOS, en consecuencia, se corre traslado a la parte demandada y llamados en garantía por tres (3) días para la contradicción de la pericia, conforme lo dispuesto en el artículo 228 C.G.P.

Se ordena **de oficio** la presencia del Dr. GAVIRIA TRESPALACIOS, para que se produzca la contradicción **del dictamen...**”.

1.3.2. Igualmente. impugnamos por medio de estos recursos, la denegación de hecho en que incurre el Despacho, al omitir todo pronunciamiento sobre nuestra solicitud de Testimonio Técnico, contenida en el numeral 4º “Testimonio Técnico” del acápite 3º del capítulo “Pruebas – Anexos, de la contestación de la demanda.

1.3.3. También impugnamos, por medio de estos recursos, la denegación de hecho en que incurre el Despacho, al omitir todo pronunciamiento sobre nuestra solicitud de **PERITAZGO**, sobre el tema de nuestro proceso, por gremio especializado en él, lo que se pidió así:

“Que en los términos de los artículos 42 – 2 y 4, 170, 229 -2 y 230 del C.G.P., en el auto decretatorio de pruebas, en ejercicio de su facultad de decretar pruebas de oficio, con el fin de ilustrar debidamente el conocimiento científico sobre el tema a que refiere este proceso; se sirva ordenar a la “**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA – A.C.P.**”, como gremio de los cultores de la Psiquiatría en nuestro país; titular del Correo Electrónico acp@psiquiatria.org.co, los teléfonos +57 317 4405672, +57 300 7017974 y +57 (1) 7013565, o en su sede, ubicada en en la Carrera 18 No. 84-87 Oficina 404 de Bogotá D.C, Colombia, **concepto experto**, mediante psiquiatra especialista en la Enfermedad de Bipolaridad, y sus complicaciones, especialmente frente al consumo de sustancias estupefacientes, por el enfermo, sobre los siguientes puntos:

1. Pertinencia científica de las prescripciones farmacológicas y psicoterapéuticas aplicadas al Sr. **ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA**, en las oportunidades en que fue atendido por los facultativos de la IPS. **SALUD DEL CARIBE LIMITADA**, con fundamento en la historia clínica que reposa en autos.
2. Efectos que, para dicho tratamiento y paciente, podrían producirse, como consecuencia del consumo simultáneo o concurrente de alcohol, drogas de tratamiento ansiolítico o antidepresivos, no debidamente medicados o sin vigilancia médica.
3. Las demás que estime pertinentes la Sra. Juez (Sic.)...”

1.3.4. Finalmente impugnamos la misma providencia, por el claro olvido que hace de nuestra petición, sobre que el Juzgado se pronunciara sobre la **pertinencia y aplicabilidad del “Concepto Forense”** allegado con la demanda; definición que el despacho debe hacer, a fin de definir si lo presentado por la parte actora, es o no medio probatorio de la especie de pericia admisible.

1.4. FUNDAMENTACION DE LOS RECURSOS:

1.4.1. APORTACION DE MATERIAL PROBATORIO IMPROCEDENTE:

1.4.1.1. Desde la formulación de la demanda, la parte actora aportó, pretendiendo darle connotación de “Peritazgo”, un documento simple, datado en Bogotá D.C., de fecha 10 de marzo del año 2.011, rubricado por el señor **JAIME GAVIRIA TRESPALACIOS**.

1.4.1.2. Desde nuestro escrito de marzo 14 del año 2.014, relativo al desconocimiento del auto admisorio de la demanda, nos pronunciamos, en el sentido de que dicho elemento, resultaba inadmisiblemente probatoria, en aplicación del artículo 272 del C.G.P.

1.4.1.3. En resumen apretado, pues solicitamos la evaluación del alegado escrito pericial, en el sentido de elucidar el Despacho, antes de ordenar su traslado a las otras partes, el real valor probatorio del dicho elemento, derecho que nos concede la regla 2ª del artículo 236 del C.P.C.:

1.4.1.4. “HECHOS DERIVADOS DE OTROS ELEMENTOS DE LA DEMANDA

1.4.1.4.1. EL “CONCEPTO PSIQUIATRICO FORENSE”

1.4.1.4.1.1. Pretende la parte actora, validar sus aspiraciones, basada en un documento, que presenta subjetivamente como “Concepto Psiquiátrico – Forense”, el cual, mediante su transcripción en la demanda, prácticamente asume la totalidad de las páginas de esta; sobre el cual nos pronunciamos, oportunamente en el escrito de contestación de la misma señalando que:

1.4.1.4.1.2. LA LEY PROBATORIA VIGENTE EN LA FECHA DE PRESENTACION DE LA DEMANDA NO ADMITIA Y AUN HOY NO ADMITE, ESTE TIPO DE PRUEBAS UNILATERALES EN LOS PROCESOS CIVILES.

1.4.1.4.1.2.1. Predica el folio 107 del cuaderno principal del expediente, que la demanda origen del presente proceso, es formulada por los actores el día **17 de mayo del año 2.012**.

1.4.1.4.1.2.2. En la fecha de dicha presentación, **se hallaba vigente, como aún lo está, el Código de Procedimiento Civil** adoptado por

los Decretos 1.400 y 2.019 de 1.970, toda vez que el Código General del Proceso, adoptado por la Ley 1.564 del 2.012, si bien es aplicable en algunos aspectos a partir del 1° de enero del año 2.014, para el Distrito Judicial de Barranquilla, aún no lo está en su totalidad, toda vez que el Consejo Superior de la Judicatura, no había dispuesto la aplicación del Proceso en Oralidad, en los términos del numeral 6° del artículo 627 del C.G.P.

1.4.1.4.1.2.3. Más aún, el nuevo código, no rige el presente proceso en la etapa en que se halla, teniendo en cuenta que se trata de un proceso ordinario, ahora Verbal Simple; en el cual no se había proferido auto de apertura a pruebas, acto que precisamente es el objeto del proveído que objetamos, lo que implica que el nuevo Estatuto Procesal, solo hacia el futuro de la ejecutoria de dicha providencia, puede aplicarse a este trámite imponiendo, repetimos hacia el futuro, el procedimiento oral establecido allí, tal como lo ordena el literal a) del numeral 1° del artículo 625 del C.G.P.

1.4.1.4.1.2.4. En conclusión, **en la fecha de la contestación de la demanda, no era aplicable al presente proceso, el Código General del Proceso**, salvo las normas del mismo, que adquirieron vigencia conforme el artículo 627 de la misma obra.

1.4.1.4.1.2.5. Como viene expuesto, en la presente demanda, como arbitrio fundamental para fijar los hechos que se estiman iatrogenia, pretenden los demandantes allegar un documento, que presentan a guisa de supuesto “Concepto Psiquiátrico – Forense”, el cual se constituye en la atalaya, desde la cual un supuesto exfuncionario público, se arroga, concitado por alguna de las partes, el derecho de juzgar los tratamientos y calificar los actos médicos y documentos de atención, mediante los cuales se prestaron servicios de salud al Decujus.

1.4.1.4.1.2.6. Es evidente que, el documento que presentan los demandantes como “Concepto Forense”, se pretendió hacer pasar como la “Prueba Pericial Privada”, nueva figura jurídica que los artículos 226 y 227 del C.G.P., permitirán, solo a partir y cuando entre en vigencia, para este proceso, el nuevo sistema, que será A Posteriori de la Ejecutoria de la providencia impugnada y ello solo también, a partir de la decisión del Juez, en el sentido de validar la vocación probatoria y procedencia, del alegado documento, conforme la regla 2ª del artículo 236 del CPC.

1.4.1.4.1.2.7. Reiteramos que, así las cosas, el referido documento, **no es admisible como prueba**, para el presente proceso, carece de toda validez probatoria, aún como documento, pues no es opo-

nible a mi mandante, sino como un elemento ilegal y apócrifo, que contiene la opinión inane y solitaria, de un particular desprovisto de toda autoridad procesal, como veremos en este capítulo.

1.4.1.4.1.3. EL SUSCRIPTOR DEL “CONCEPTO FORENSE” NO ES AUTORIDAD.

1.4.1.4.1.3.1. Es evidente el señor **JAIME GAVIRIA TRESPALACIOS**, como consta del documento anexo en el folio 66 o 67 del cuaderno principal del expediente; es un ciudadano común, **contratado el 21 de enero del año 2.011**, por otra persona, ajena a nuestro proceso llamada, **GINO CAMERANO VELASQUEZ**, tal como lo expone él mismo en su comunicación de marzo 27 del 2.011, inserta allí.

1.4.1.4.1.3.2. Si el pretense “Perito”, es contratado personalmente para que “venda” su concepto a un particular, es evidente que **no es autoridad legalmente establecida, ni Auxiliar de la Justicia, ni servidor de una autoridad legitimada para otorgar “conceptos periciales”**, en los términos de los artículos 8º, 243 y concordantes del C.P.C. que exige al respecto decisión judicial solicitando dicho servicio.

1.4.1.4.1.3.3. Tan evidente es lo anterior, que el supuesto perito, es obligado, para no incurrir en delito, a anunciarse en el mismo documento, como un “**Exjefe** del Servicio de Psiquiatría Forense” del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de un país que tampoco identifica, lo que determina que, en el momento de emisión del mismo, si es que algún día fue servidor público, ya no se hallaba investido de ningún poder y es por ende un “Ciudadano de a Pié”, cuyos conceptos carecen desde el punto de vista oficial, del carácter de “Forense”.

1.4.1.4.1.3.4. Antes, por el contrario, presentar el trabajo efectuado, como supuesto “Concepto Forense”, solo puede mirarse como una **Falsedad Ideológica**, mediante un ardid encaminado a engañar al Juez y las partes y una suposición delictuosa de estado jurídico, que conlleva a una deslealtad procesal, que debe prevenir y evitar el Sr. Juez por el claro mandamiento de los numerales 2º, 3º y 4º del artículo 37 del C.P.C. y hoy 78 – 1, 79 – 1, 2 3, y 5 del CGP, pues es evidente que, tal personaje y su obra, no tienen investidura “Forense” de ninguna naturaleza.

1.4.1.4.1.3.5. Como la demanda, presenta a este personaje, como “Miembro de la Asociación Colombiana Psiquiatría”, como si ello impli-

cara una condición especial para dar validez a sus elucubraciones, debemos señalarse que, dicha pertenencia de existir en él, tampoco le otorga ninguna condición especial, para pontificar, como lo hace en el documento mencionado, pues es sabido que la mencionada asociación es un organismo privado de libre ingreso y retiro, al cual puede o no pertenecer cualquier persona, que ejerciendo o no, haya estudiado dicha profesión, prometa cumplir sus estatutos y pague cumplidamente sus cuotas de membresía.

1.4.1.4.1.3.6. De hecho, como consta de los antecedentes médico – científicos del tratante Dr. **ADOLFO AHUMADA GRAUBARD**, este sí es miembro activo de dicha organización.

1.4.1.4.1.3.7. Pero lo más grave, es que el alegado “perito”, **no ha probado, ni su condición de médico, ni de psiquiatra, ni la pertenencia a dicha asociación**, como lo exigirían los numerales 3º, regla In Fine, del inciso 2º del artículo 226 del C.G.P., en el evento de que esta, llegare a ser norma rectora de nuestro proceso.

1.4.1.4.1.3.8. En conclusión, el alegado concepto, **NO ES “FORENSE”**, carece absolutamente de valor probatorio, **ni siquiera es principio de prueba**, pues tampoco se aporta a este proceso como Prueba Extraprocesal Anticipada; por no haberse ajustado a las exigencias y formalidades del artículo 300 incisos 2º y 3º del C.P.C., hoy 189 del C.G.P.

1.4.1.4.1.4. INVALIDEZ FORMAL DEL “CONCEPTO FORENSE”

1.4.1.4.1.4.1. Aún en el evento de que se hallaren vigentes y fueren aplicables a nuestro caso, los artículos 226 y 227 del C.G.P., es evidente la clara violación de la mencionada norma, que se contiene en el documento allegado con la demanda, pues viola In Extenso la misma, así:

1.4.1.4.1.4.1.1. Como veremos en su oportunidad, se exploya en expedir **conceptos sobre materias jurídicas**, en violación de la regla 1ª del inciso 4º del artículo 226 del CGP.

1.4.1.4.1.4.1.2. No emite el “concepto”, el **juramento de independencia y pertinencia profesional**, contra el mandato de la regla 1ª del inciso 2º del artículo 226 del CGP;

1.4.1.4.1.4.1.3. No anexan en el mismo, los **documentos fundamento** de los asertos, propuestos por el supuesto perito, contrariando la regla 2ª del inciso 4º del artículo 226 del CGP.

- 1.4.1.4.1.4.1.4. No anexa los **documentos acreditatorios de la idoneidad y experiencia** de quien lo emite, contrariando la regla 2ª del inciso 4º del artículo 226 del CGP;
- 1.4.1.4.1.4.1.5. No es **claro, preciso, exhaustivo, ni detallado en los conceptos**, pues se limita a emitir juicios de valor, además en idioma procaz y ofensivo contra las partes, sus servidores, y hasta sus propios colegas si es que se trataría de un Psiquiatra, **absteiniéndose de toda sustentación científica**, descalificando tratamientos y procedimientos, sin indicar cuáles serían los realmente aplicables, en forma detallada y particular, violando Ad-Initium, el inciso 5º del artículo 226 del CGP;
- 1.4.1.4.1.4.1.6. No expone los **fundamentos técnicos y científicos** de sus explosivas e irrespetuosas conclusiones, contrariando el inciso 5º In Fine del artículo 226 del CGP;
- 1.4.1.4.1.4.1.7. No señala los **datos de ubicación e identificación del alegado perito**, desconociendo el mandamiento del numeral 1º del inciso 6º del artículo 226 del CGP;
- 1.4.1.4.1.4.1.8. No aporta ninguno de los **documentos y datos previstos en los numerales 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º y 9º**, del artículo 226 del CGP;
- 1.4.1.4.1.4.1.9. Tales falencias implican que, aún si fuera aplicable como prueba, el documento controvertido, carecería de todas maneras de valor judicial dada su absoluta informalidad jurídica.

1.4.1.4.1.5. **IMPARCIALIDAD:**

- 1.4.1.4.1.5.1. En términos generales, los auxiliares de la Justicia, como los peritos, o quienes pretendan actuar procesalmente como tales, están obligados a rendir sus dictámenes con absoluta y jurada imparcialidad, tal como lo exige la regla 1ª del inciso 2º del artículo 226 del CGP.
- 1.4.1.4.1.5.2. La desprevenida lectura del documento que se pretende fungir, como dictamen pericial, denota cómo el deponente, fue contratado por un tercero con la finalidad expresa de que, bajo regla pericial, pusiera de presente, supuestos hechos ocurridos en la atención del paciente psiquiátrico, que pudieran ser presentados, como aparentes iatrogenias, a la búsqueda de dineros y condenas a cargo de los demandados.
- 1.4.1.4.1.5.3. Consecuente con ello, el documento que controvertimos, se centra en relieves supuestas fallas médicas, presentadas como determinantes del deceso del enfermo, ancestral de los demandantes, evidenciando un claro interés particular del contratado

“perito”, en el sentido de que sea medio de convicción para el Sr. Juez, para derivar contra los demandados una eventual condena procesal.

1.4.1.4.1.6. ANALISIS CONCEPTUAL:

1.4.1.4.1.6.1. No obstante, lo anterior, para ilustración del Juzgado, sobre los exabruptos científicos, jurídicos y de hecho, que se contienen en el redargüido documento, nos pronunciamos sobre el contenido conceptual de mismo, como un ejercicio, para evidenciar la parcialidad, inquina y presunta mala fe del pretense perito, así:

1.4.1.4.1.6.1. SUPUESTA VIOLACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA:

1.4.1.4.1.6.1.1. El exponente pericial, inicia su análisis, preceptuando que la empresa de medicina prepagada, codemandada “violó” su contrato, al adoptar la decisión de pasar al usuario a la responsabilidad de la EPS correspondiente, luego de su intento de auto-supresión de su vida, que desarrolló en otra I.P.S. distinta a la que represento adjetivamente en este proceso.

1.4.1.4.1.6.1.2. Para ello, incurre en una serie de prejuizgamientos, mediante la formulación de **Juicios de Valor de evidente carácter jurídico**, calificación arbitraria de pruebas y cualificación, igualmente arbitraria de hechos, que le llevó a la violación franca y directa de los incisos 3º, 4º y 5º del artículo 226 del C.G.P.; que se pretenden aplicar, así como también de las normas hoy vigentes, que prohíben que los peritos, se pronuncien sobre aspectos de Derecho.

1.4.1.4.1.6.1.3. Con esta actitud el alegado “perito”, extravasó el objetivo propuesto por su propio contratante, que según él mismo lo expresa en el folio 67 o 68 del cuaderno principal del expediente, página 1ª del “Concepto”, se limitaba a

“...un concepto psiquiátrico forense acerca de la oportunidad, intensidad y pertinencia del tratamiento psiquiátrico prestado a su difunto esposo, el señor ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA...”

1.4.1.4.1.6.1.4. Así las cosas, en forma insólita, incursiona el deponente del documento objetado, en la **emisión de conceptos jurídicos, propios de cultores del Derecho**, que en nada atañen a su su-

puesto trabajo Psiquiátrico, incurriendo con ello en una extralimitación del objeto, de lo que se le solicitó por los propios interesados, yerro que contribuye a comprender la falta de rigor lógico de dicha pieza documental.

1.4.1.4.1.6.1.5. Con ello queda demostrado que el “pretense perito”, carece de la moderación, humildad y formación forense, para limitar su trabajo a los marcos de la Ley e incluso a los señalados por su contratante.

1.4.1.4.1.6.2. LA HISTORIA CLINICA:

1.4.1.4.1.6.2.1. Con toda evidencia podemos señalar que, el “perito”, en su afán por buscar errores y culpables a quien apostrofar en su informe, tergiversa el orden de las cosas omitiendo, para ello, varios aspectos fundamentales:

1.4.1.4.1.6.2.1.1. El paciente materia del conflicto, fue un enfermo institucional, vinculado inicialmente, a una Empresa de Medicina Prepagada y una E.P.S., que son precisamente, codemandadas en este proceso.

1.4.1.4.1.6.2.1.2. Es así, como según lo expone él mismo, en el resumen de las varias historias que hace, desde la aparición de los síntomas, el señor Cortes, fue atendido sucesivamente por psiquiatras e I.P.S., vinculadas primeramente a la Empresa de Medicina Prepagada y últimamente a la E.P.S. antes señaladas.

1.4.1.4.1.6.2.1.3. Como se trataba de un paciente institucional, su historia se abrió por el prestador de servicios de salud que le atendió inicialmente, pero en la medida que se daban las remisiones o interconsultas entre instituciones, la misma fue derivando, como lo ordenan los artículos 36 de la Ley 23 de 1.981 y 13 de la Resolución # 1.995 de julio 8 de 1.999 expedida por el Ministerio de Salud, desde cada institución de salud, hasta la IPS que represento, lo que se evidencia con la copia que anexamos con nuestra contestación de la demanda, donde se pueden observar anotaciones de la **IPS “CENTRO TERAPEUTICO REENCONTRARSE”** e **IPS SALUD DEL CARIBE LTDA**, pues es lógico entender que en una atención polinstitucional, la información deriva de entidad a entidad, siguiendo al atendido, sea mediante notas remisorias, epicrisis o entrega de partes o integridad de las historias, de manera que como lo ordena el Sistema de Seguridad Social Integral previsto en la

Ley 100 de 1.993 y sus modificatorios, la atención en salud resulte “Integral”, continua y de cobertura permanente.

1.4.1.4.1.6.2.1.4.

Simplemente, como se trataba de la continuidad de un mismo proceso de atención ya iniciado, el deber de la institución que represento, fue la de continuar, no iniciar, pues ya se había iniciado por otro prestador, el servicio de atención psiquiátrica, a partir del momento en que el paciente le es derivado en cada oportunidad, razón por la cual se anotan en la historia, únicamente las evaluaciones y evoluciones que se otorgaron desde el ingreso del paciente, hasta su deceso, cada vez, pues incluso y como veremos en su oportunidad hubo una clara continuidad en la formulación farmacológica, lo cual es lógico y pertinente y nada tiene de criticable.

1.4.1.4.1.6.2.1.5.

Ello denota cómo no es cierto que, para que la “**IPS DEL CARIBE LIMITADA**”, prestara sus servicios al señor **CORTES**, fuera jurídica, o científicamente necesario, que se construyera, solo para dicha institución, una historia clínica psiquiátrica, que comenzara con la “Entrevista Inicial”, examen físico, anamnesis, examen mental, formulación de hipótesis o impresiones diagnósticas, diagnóstico definitivo y finalmente formulación terapéutica; pues el propio análisis que se contiene en el controversial documento que objetamos, es evidente que todas estas actividades, ya se habían realizado, en ambas oportunidades en que el paciente fue derivado hacia las instalaciones de mi clienta, esto es, que en las anotaciones previas de la historia general se tenían claras, no solo la entidad patológica mental que afectaba al paciente, sino sus causas, su sintomatología, tratamiento y posibilidades de recuperación. Ello lo evidencia el propio conceptuante, al exponer en su ponencia:

“El diagnóstico... No cabe duda que el señor ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA sufría de un trastorno afectivo bipolar tipo I, el cual, según registros del historial médica disponible, le fue diagnosticado por primera vez en el mes de diciembre de 2.007 por la médica psiquiatra **ASTRID ARRIETA MOLINARES**,...”

1.4.1.4.1.6.2.1.6.

Debe puntualizarse que, según las propias evidencias del criticado documento, si fuera cierto que quien elabora el “concepto”, hubiere sido servidor de una institución médica del Estado, su actividad funcional debió ser de mero control del quehacer médico, pues el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de acuerdo con las Ley 1.696 del año 2.013 y sus reglamentos, es una institución que no está destinada a la

curación, ni la atención de enfermos, sino a la evaluación de procesos de atención de salud. Así las cosas, por una parte el alegado “perito” debía ser consciente, por su experiencia meramente administrativa en esta labor, de las condiciones objetivas y puntuales, como se da la atención de los enfermos, por lo que es injusto y de mala fe, atrincherarse en la mención de artículos abstractos del reglamento de elaboración y conservación de las Historias; desconociendo que los pacientes están en los hospitales y no en las oficinas públicas o privadas y que la praxis médica se desarrolla en los centros de salud y no en las frías oficinas de los organismos oficiales.

1.4.1.4.1.6.2.1.7. Desdice mucho de la formación médico – científica del alegante pericial, el desconocimiento que hace de la realidad cotidiana del trabajo psiquiátrico y las condiciones fácticas de la situación que analiza; solo para sentar una base desde la cual apostrofar a quienes sí se arriesgan diariamente en el servicio y no se acomodan en los cómodos sillones de la burocracia, quien en su trabajo no evidencia práctica personal ninguna, en el tratamiento de curación de pacientes psiquiátricos.

1.4.1.4.1.6.2.1.8. Otro de los juicios de valor que no precisa el elaborador del documento que criticamos, es el de la calidad de las Historias Clínicas, que dice haber consultado, sobre las cuales pontifica:

“...**no se elaboró una historia clínica completa** en las restantes instituciones donde estuvo internado ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA.”

Las ‘historias clínicas’ puestas a disposición de la viuda de ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA, excepto la arriba nombrada, **son de una sorprendente mala calidad profesional y de una inusual precariedad** Tales ‘historias clínicas’ no cumplen con las normas que rigen la materia en Colombia...”

1.4.1.4.1.6.2.1.9. Pero no obstante tal conceptualización, **omite totalmente indicar cuáles son las características que según él debían tener tales historias y puntualmente en qué consistía la condición de incompletas, mala claridad y precariedad, así como las razones jurídicas o de hecho por las cuales resultarían exigibles, cuáles faltas y por qué faltan puntos que quedan en el caletre del poco acucioso exfuncionario**, quien hace la crítica, pero calla las razones por las cuales la hace.

1.4.1.4.1.6.2.1.10. Otro aspecto duramente criticado por el alegado perito, es el hecho de que la Historia se hubiere diligenciado en folios manuscritos, desconociendo que la Ley 23 de 1.981, ni la Resolución 1.995 de

1.999 del Ministerio de Salud, exigen que la misma deba constar en medio magnético o computador.

1.4.1.4.1.6.2.1.11. Por el contrario, la única norma que refiere a este tema, el artículo 18 del reglamento alegado, predica:

“DE LOS MEDIOS TÉCNICOS DE REGISTRO Y CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

“Los Prestadores de Servicios de Salud pueden utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, cuando así lo consideren conveniente, atendiendo lo establecido en la circular 2 de 1.997 expedida por el Archivo General de la Nación, o las normas que la modifiquen o adicionen...”

1.4.1.4.1.6.2.1.12. Luego, es evidente que, la exigencia que hace el alegado “perito” en dicho documento, **es inexistente**, resultando tendencioso y malintencionado el “concepto” al exigir:

“Un mínimo acto de decencia y consideración debería ser, al menos, la elaboración de las epicrisis por medios electrónicos (computador).”

1.4.1.4.1.6.2.1.13 Lo expuesto, para concluir que, de acuerdo con las circunstancias, la calidad del contenido de la historia clínica levantada por mi mandante, se ajusta a las condiciones objetivas como se otorgó la prestación en salud y las normas vigentes.

1.4.1.4.1.6.3. SUPUESTA “MUTILACION” DE LA HISTORIA CLINICA

1.4.1.4.1.6.3.1. Quien elabora el trabajo, que se pretende como pericial, cae en la trampa de apropiarse de las acusaciones, de quienes le contratan, especialmente la esposa del paciente, quien según la pretensa experticia, lo ilustra “por teléfono” sobre la supuesta existencia de un documento que afirma fue suscrito por ella y la suegra del paciente, donde se oponían a la decisión médica de mi mandante, de dar de alta vigilada al mismo, el día 9 de junio del año 2.009, solamente para agregar gratuitamente y sin mencionar de donde obtiene dicho argumento, que, habría sido “desaparecida” de la historia, obviamente por mi mandante.

1.4.1.4.1.6.3.2. Esta es una muestra de la temeridad y dudosa fe con que actúa el mencionado pretense perito, quien, sin realizar comprobación alguna, por vía de “Concepto”, afirma:

“...este hecho no puede interpretarse como una simple omisión,...”

1.4.1.4.1.6.3.3. Aclaremos: La historia clínica a la luz del artículo 34 de la Ley 23 de 1.981:

“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley”

1.4.1.4.1.6.3.4. Y el literal a) del artículo 1º de la Resolución 1.995 de 1.999 del Ministerio de Salud, tan predicada por el “Concepto Psiquiátrico”

“La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”

1.4.1.4.1.6.3.5. Esto es, que en la Historia, solamente se contienen y deben contenerse datos pertinentes a las condiciones, evoluciones y evaluaciones de la salud del paciente de que se trate, consignadas precisamente por los sujetos encargados de su atención y no como erróneamente lo propone en este caso, el aludido “Concepto”, para contener las mociones de aplauso o censura, sobre la calidad o condiciones de la prestación de servicios de salud, que pretendan hacer los parientes o allegados del paciente, las cuales conforme a las reglas comunes del sistema de salud, deben canalizarse por medio de los organismos de Control de Calidad, tanto de las instituciones como del sistema mismo.

1.4.1.4.1.6.3.6. Se comprenderá por el Sr. Juez, que mal puede un cultor de las ciencias de Hipócrates y Galeno supuestamente avezado en su oficio, como predica la demanda, incurrir en **error conceptual de tal naturaleza, como lo es el de considerar que una “carta” de disgusto de uno de los parientes del enfermo, constituya una pieza integral de la Historia Clínica**, como base mental para dejar sentado que su no inclusión en la Historia Clínica, constituya acto de mala fe o delito o que no pueda considerarse una mera omisión.

1.4.1.4.1.6.3.7. Ello nos replantea serias dudas sobre la seriedad, imparcialidad y profundidad de los conocimientos médico - científicos del alegante pericial que nos ocupa, especialmente por cuanto, es evidente que el aludido “Concepto”, es la base y fundamento, en este caso, de la totalidad de los cargos contra mi representada.

1.4.1.4.1.6.3.8. Siendo claro, que el referido documento, **no es elemento partícipe de la naturaleza de la Historia Clínica**, implica como no es cierto,

repetimos, que de existir, su no inclusión, en este expediente de salud constituya:

“...una mutilación indebida un acto fraudulento o un Intento deliberado de ocultar información....”

- 1.4.1.4.1.6.3.9.** Denota lo expuesto, cómo es gratuito, indebido, parcial e injusto, el velo de duda que por vía de “Concepto Pericial” pretende dejar en este proceso, este caballero al predicar:

“...No puede pasarse por alto este detalle que gravita en *contra de la honestidad profesional de los encargados del cuidado de ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA...*”

- 1.4.1.4.1.6.3.10.** Irrespeto y desconsideración que no puede pasarse por alto, por parte de los Agentes de la Justicia que valoren el inefable “concepto” que debemos criticar en esta instancia.
- 1.4.1.4.1.6.3.11.** Evidentemente en este punto, lo toman los demandantes “a pie juntillas” bajo la creencia de que constituye por sí solo prueba de sus aspiraciones procesales, siendo evidencia de ello, que el referido concepto es realmente el fondo, del contenido de la demanda.
- 1.4.1.4.1.6.3.12.** Agreguemos que mi mandante hizo entrega de piezas separadas de la historia clínica, mediante dos (2) actas que anexamos, con nuestra contestación de la demanda, en copia auténtica, así:
- 1.4.1.4.1.6.3.13.** Parcial, esto es, puntuales piezas de este documento, solicitadas por la esposa del paciente, supuestamente para el reclamo de un seguro de vida o salud, el día 2 de julio del año 2.010 y
- 1.4.1.4.1.6.3.14.** Completa al Departamento de Admisiones de “COLMEDICA”, el 12 de diciembre del año 2.011.
- 1.4.1.4.1.6.3.15.** Mi mandante desconoce, cuál de los grupos de copias de la Historia, llegó a manos de los parientes del occiso y por ende, del alegado “Perito”, pero todo apunta que se trata exclusivamente de las entregadas el 2 de julio del 2.010, presumiblemente descompletadas por personas interesadas.

1.4.1.4.1.6.4. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- 1.4.1.4.1.6.4.1.** Se duele el conceptualista que respondemos, de que no encuentra, en ninguna de las historias clínicas que le fueron presentadas por los clientes interesados, copias de documentos que expresen que, efectivamente el enfermo o sus parientes, otorgaron autorización, para la aplicación de cada fármaco utilizado en los tratamientos.
- 1.4.1.4.1.6.4.2.** El artículo 15 de la Ley 23 de 1.981 es del siguiente tenor:

“El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.”

- 1.4.1.4.1.6.4.3. De donde inferimos que, dentro de un ámbito de protección al paciente, contra su sometimiento por el prestador de servicio, a un “Riesgo”, especialmente el riesgo irracional o inadecuado a las condiciones y objetivos de la medicina, si esta circunstancia se diere, surge la obligación jurídica de otorgar a los interesados, el conocimiento respectivo y obtener su autorización.
- 1.4.1.4.1.6.4.4. Luego es evidente que la norma no señala por ninguna parte, que los médicos o las instituciones de salud, estén obligadas a someter al paciente a las explicaciones mencionadas o buscar a los parientes, para el mismo objetivo y obtener las correspondientes autorizaciones, pues ello, además de ser absurdo, implicaría un mayor margen de riesgo, en casos puntuales como las urgencias.
- 1.4.1.4.1.6.4.5. El mismo artículo mencionado por ninguna parte predica, ni establece, como ninguna norma lo hace, que lo que se ha dado en llamar consentimiento informado sea un documento formalizado y solemne, como el que pretende el alegante conceptuador en este caso; por el contrario, el debido entender de la norma no es otra cosa que establecer una Obligación Jurídica, esto es, un Deber Profesional, consistente en 3 elementos esenciales:
- 1.4.1.4.1.6.4.6. Que, de acuerdo con las circunstancias del paciente, se requiera un tratamiento quirúrgico o farmacológico que implique algún margen de riesgo fisiológico o Psicológico para el paciente, de tal entidad, que el discípulo de Galeno considere que requiere tales explicación y aceptación;
- 1.4.1.4.1.6.4.7. La información al paciente o sus allegados, conforme las circunstancias, sobre la naturaleza, razones, objetivos y consecuencias esperadas del tratamiento recomendado;
- 1.4.1.4.1.6.4.8. La aceptación por los interesados.
- 1.4.1.4.1.6.4.9. A lo anterior debemos agregar, que lógicamente, este deber ha de cumplirse **previamente** a la aplicación o realización de la intervención de que se trate.
- 1.4.1.4.1.6.4.10. Ahora bien, siendo que la Ley por ninguna parte prescribe formalidad o ceremonia, para el cumplimiento de este deber jurídico, es obvio tanto la información como el consentimiento pueden y deben otorgarse de acuerdo con las circunstancias de cada caso, como también puede demostrarse su cumplimiento o incum-

plimiento mediante prueba libre. Esto es, no existe al respecto “Prueba Reina” documental, como parecen entenderlo, aún algunos médicos.

- 1.4.1.4.1.6.4.11.** Asimismo, es sabido que la medicina se aplica a seres humanos, entes animados dotados de voluntad, de manera que debe ejercerse siempre de acuerdo con las circunstancias, en que se dé la relación médico – paciente.
- 1.4.1.4.1.6.4.12.** En el presente caso, se trata de un paciente institucional, que ha venido siendo evolucionado y medicado, con mucha antelación a las fechas en que ingresa al servicio de salud prestado por mi mandante, es decir, se trata de un caso suficientemente conocido, especialmente en las calendas de su segundo ingreso, cuando viene después de haber sido atendido en una primera ocasión.
- 1.4.1.4.1.6.4.13.** Se trata además de un paciente ya suficientemente diagnosticado, cuyos padecimientos se habían estudiado a fondo por lo que no se trata de primera consulta, ni primer tratamiento.
- 1.4.1.4.1.6.4.14.** Finalmente era un paciente ya medicado, que había mejorado y posteriormente recaído, exactamente como consecuencia de las mismas enfermedades y por las mismas causas, razón por la cual y además por cuanto se debía hacer tratamientos de continuidad a fin de evitar shock farmacológico, fue medicado similarmente, mientras se realizaban los cambios adecuados a sus actuales condiciones.
- 1.4.1.4.1.6.4.15.** Es el mismo “concepto”, supuestamente pericial, el que acepta como adecuados en principio, los tratamientos de ansiolíticos, antidepresivos y calmantes, pues es evidente que su desacuerdo con los aplicados, se presenta en relación con los componentes que conforman la farmacopea aplicada.
- 1.4.1.4.1.6.4.16.** En efecto, el Síndrome Bipolar, en este caso, agravado, por la narco-dependencia del paciente, siempre que el mismo ingresó al servicio de mi mandante, presentaba fases agudas, especialmente en relación con su tendencia al suicidio.
- 1.4.1.4.1.6.4.17.** Ello determina que, en ninguna de ambas oportunidades, se dio el espacio o las condiciones, para informar al paciente o sus parientes, sobre los tratamientos a aplicar y hacerles firmar consentimientos informados por escrito, pues es evidente y claro que en las fechas de cada ingreso tanto parientes como tratantes entendían claramente qué tratamiento aplicar y el paciente no se halló en tales instantes en incapacidad mental para recibir información intelectual ninguna.
- 1.4.1.4.1.6.4.18.** Reiteramos que, la Medicina, es una disciplina profundamente humana, sujeta a las vicisitudes histórico - temporales de quienes la ejercen y se benefician de ella, por lo que es un error funda-

- mental y un exabrupto pretender enmarcarla en formatos o ceremonias, como lo pretende el supuesto perito en este caso.
- 1.4.1.4.1.6.4.19.** Además, sea del caso señalar que, los demandantes no demandan el consentimiento informado en este caso, como causa eficiente, o siquiera factor desencadenante, bien de la enfermedad del Sr. CORTES, bien de su deceso.
- 1.4.1.4.1.6.4.20.** Y ello resulta comprensible, si tenemos en cuenta que ninguna relación de causalidad existe, ni puede existir entre el otorgamiento de un consentimiento informado y el fallecimiento por suicidio de quien lo intentó 6 veces por todos los medios a su alcance.
- 1.4.1.4.1.6.4.21.** Agregamos a lo expuesto, que allegamos con nuestra contestación de la demanda, el documento de Consentimiento Informado suscrito por la esposa del paciente el día 27 de mayo del año 2.009, fecha de la primera hospitalización, prueba documental, de que en cada oportunidad se cumplió realmente con este deber jurídico.
- 1.4.1.4.1.6.5. PRECARIEDAD DEL MATERIAL ALLEGADO PARA EL CONCEPTO**
- 1.4.1.4.1.6.5.1.** Expresamente señala, el alegado perito, que el concepto emitido se funda en:
- 1.4.1.4.1.6.5.1.1.** Entrevista practicada a la señora **MAYERLEY ANDREA MIRA ESPINOSA**, el **día 2 de enero del año 2.011**, sobre la cual no indica, las circunstancias de modo tiempo y lugar, ni aporta transcripción de la misma, ni grabación en medio magnético, de manera que no existe ninguna posibilidad de corroborar la información que supuestamente habría recibido.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.2.** Es obvio que dicha “informadora”, mal puede tener conocimiento de los hechos científicos determinantes de la información de la Historia clínica; pues evidentemente carece de la formación educativa necesaria para pronunciarse sobre dicho contenido, de manera que toda fundamentación que haga el perito sobre su dicho, es inadmisibile.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.3.** El estudio del historial clínico consignado en las historias clínicas (copias), de las cuales, no indica cuales, en concreto, le fueron suministradas, si se hallaban completas o incompletas, ni cuál era su contenido, salvo los apartes que arbitrariamente transcribe, con el agravante de que no las inserta en su “concepto” y nos explicamos:

- 1.4.1.4.1.6.5.1.4. Como lo reliebamos anteriormente, con las actas de entrega de documentos de la Historia Clínica, la entidad que represento, a petición previa y según las instrucciones recibidas, hizo entrega de copias totales o parciales de la Historia Clínica en 2 ocasiones, por lo que reiteramos ante la ausencia de señalamiento de cuál de las copias emitidas fue la que se hizo llegar al elaborador del trabajo que controvertimos, debemos suponer que la que llegó a sus manos fue la parcial.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.5. Asimismo, por la misma razón, desconocemos, si de las expedidas, a su vez no se le extrajeron piezas y por consiguiente el alegante perito laboró una historia gravemente incompleta, siendo esta la causa de sus absurdas conclusiones y gratuitas acusaciones contra la demandada que represento.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.6. “Otros documentos clínicos del señor **ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA**”, **los cuales cuidadosamente se abstiene el “concepto” de identificar, ni indicar su procedencia, objetivo y resultados**, con ocasión de las múltiples hospitalizaciones e intervenciones médicas aplicadas al paciente, con lo que si alguna conclusión, de las que expresa, obtuvo de tales documentos es **subjetiva y manipulada a conveniencia de los actores y**
- 1.4.1.4.1.6.5.1.7. “Revisión” del acta de “levantamiento del cadáver” (Inspección del cadáver en los términos del artículo 214 de la Ley 906 de agosto 31 del año 2004), practicada por la Policía Nacional.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.8. Por lo menos resulta insólito, que un “Concepto Psiquiátrico”, se funde en actas de levantamiento de cadáveres, que conforme a la norma citada consiste en

“En caso de homicidio o de hecho que se presuma como tal, **la policía judicial inspeccionará el lugar y embalará técnicamente el cadáver, de acuerdo con los manuales de criminalística. Este se identificará por cualquiera de los métodos previstos en este código y se trasladará al centro médico legal con la orden de que se practique la necropsia.**

Cuando en el lugar de la inspección se hallaren partes de un cuerpo humano, restos óseos o de otra índole perteneciente a ser humano, se recogerán en el estado en que se encuentren y se embalarán técnicamente. Después se trasladarán a la dependencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, o centro médico idóneo, para los exámenes que correspondan.”

- 1.4.1.4.1.6.5.1.9. Lo que nos indica que las actas de inspección de cadáveres y sus similares, **por no ser documentos psiquiátricos**, ningún dato otorgan, sobre las condiciones psicológicas de los occisos para los cuales se practican y en especial en este caso.

- 1.4.1.4.1.6.5.1.10.** Lo expuesto evidencia como, la supuesta pericia, en lo que atañe a un estudio Psiquiátrico de Atención en Salud, solo tuvo en cuenta, como fundamento de sus asertos, parcialmente algunos documentos pertenecientes a la Historia Clínica, presumiblemente incompletos y descompletados además por personas interesadas en alimentar sus extrañas conclusiones.
- 1.4.1.4.1.6.5.1.11.** Como en los casos anteriores, esta insuficiencia material del “concepto”, abona a su inadmisibilidad en este proceso.

1.4.1.4.1.6.6. LA SUFICIENCIA Y PERTINENCIA DEL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO APLICADO:

- 1.4.1.4.1.6.6.1.** El aspecto más controversial del “concepto” ya referido, es el relativo a los tratamientos suministrados al paciente en las varias veces e instituciones en las cuales fue evolucionado por las demandadas, para lo cual, en forma insólita se utiliza un lenguaje que debemos calificar por lo menos de inadecuado, con expresiones tales como:

“...se concluye que estos fueron bastante erráticos y equívocos, cuando no arbitrarios....”

“...se convirtieron en ensayos disparatados en los que la simultánea administración de múltiples agentes, muchos de ellos con propiedades o efectos similares, se convirtió en un verdadero sancocho farmacológico o potpurri químico....”

“...Resulta especialmente llamativa la mezcolanza de fármacos que recibió **ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA** durante sus internamientos en lo IP Salud del Caribe...”

- 1.4.1.4.1.6.2.** De ser médico, el conceptuante que respondemos, es obvio que con la conducta expuesta, habría incurrido en violación de las siguientes infracciones tipificadas en la Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica), con lo cual se evidencia aún más, el mal proceder e interés en esta causa, de dicho de dicho caballero que, con tales expresiones, despectiva y desconsideradamente referiría a sus colegas, calificando sin fórmula de juicio y de hecho la calidad de su atención.

“Artículo 29. La lealtad y la consideración mutuas constituyen el fundamento esencial de las relaciones entre los médicos.”

“Artículo 30. **El médico no desaprobará con palabras o de cualquier otra manera las actuaciones de sus colegas en relación con los enfermos.** Será agravante de esa conducta el hecho de que esté dirigido a buscar la situación médico tratante.”

“Artículo 31. **Todo disentimiento profesional entre médicos será dirimido por la Federación Médica Colombiana, de conformidad con las normas de la presente Ley.**”

1.4.1.4.1.6.3. Lo expuesto sin dejar de relieves el grado de injuria, en que se incurre reiteradamente en las exposiciones del documento que respondemos.

1.4.1.4.1.6.4. Pero analicemos los argumentos de tal ponencia, encaminados a desconocer la solvencia científica y moral del médico tratante del paciente al interior de mi representada, punto por punto:

1.4.1.4.1.6.5. Expresa el conceptuante:

“...Carece de toda racionalidad formular al mismo tiempo tres antipsicóticos (risperidona, haloperidol y levomepromazina) o dos ansiolíticos (Lorazepam y Clonazepam, amén de midazolam)...”

1.4.1.4.1.6.6. El conceptuante incurre en un claro anacronismo en el tiempo y error en los hechos reales, dando a entender que la totalidad de los antipsicóticos aludidos **se habrían administrado al paciente, en un mismo tiempo o período de tiempo y simultáneamente;** omitiendo dejar sentado que, como consta en la Historia Clínica, en acápites que obviamente debió tener presentes, la **Clozapina** primero de los antipsicóticos utilizado, fue recetado y aplicado solamente los dos primeros días desde su primer ingreso, esto es, entre los días 29 de mayo del 2.009 y el 31 del mismo mes, siendo suspendido en esta última fecha.

1.4.1.4.1.6.7. Asimismo, calla y omite dejar sentado, que la misma droga, fue aplicada en una dosis, en la que no es importante su efecto antipsicótico, sino el efecto reafirmador del sueño, ya que actuando en la Fase II y III del sueño alarga el mismo, que no otra cosa pretendía en este caso el médico tratante, respondiendo con ello al síntoma del paciente, quien se dolía de padecer sueño insomnio intermitente.

1.4.1.4.1.6.8. Explicamos que normalmente, en un trastorno sicótico – afectivo – bipolar, en pacientes adictos activos (el paciente era adicto a las drogas psicoactivas, especialmente la Cocaína, siendo esta una de las causas de su mal), el sueño, por la afectación directa, que se produce en el inconsciente, se afecta en forma importante, por tal razón, se combina por los facultativos de mi mandante, como se

1.4.1.4.1.6.9.

hizo en este caso, un hipnótico de inducción, como el Lorazepan, fármaco conocido mundialmente por su alta eficacia y seguridad. Como consta en la Historia Clínica, lamentablemente la Clozapina, no cursó el efecto buscado, por lo que, consultando la fórmula más adecuada, se optó el 29 de mayo del 2.009, por la **Levomepromazina** en dosis mínimas de 25 Mg. por noche, por cuanto el específico utilizado, no llenó las expectativas clínicas buscadas ya que el efecto sedante sobre las fases II y III del sueño y se retoma la medicación que venía aplicada, encontrando la respuesta favorable que se buscaba, ya que se logra un sueño completo y parejo del paciente durante toda la noche, como se deduce de las anotaciones de enfermería de los días 30, 31 y siguientes.

1.4.1.4.1.6.10.

En resumen, cuando suspende la Clozapina, se continúa con la Levomepromazina, lo que desmiente que se aplicaran simultáneamente y sin criterio científico alguno.

1.4.1.4.1.6.11.

El **Haloperidol**, solo se aplicó en la primera hospitalización, en ampollas, de aplicación intramuscular, droga que es un anti sicótico, específico para tratar agitación psicomotriz y la manía; por lo que es medicación de elección, para el tratamiento de la fase maníaca del trastorno afectivo bipolar y episodio de agitación psicomotriz severa. Solo y únicamente, como lo denota la Historia Clínica, se utilizó también, los 2 primeros días de tratamiento al paciente, en dosis de 2 ampollas de 5 Mg. cada 8 horas, por cuanto este negaba la admisión de medicación vía oral, escupiendo los suministrados, siendo estos, precisamente, los días de mayor evidencia de sus síntomas sicóticos; se administra, no solo por sus evidentes efectos, sino además, con el objetivo de asegurar la acción farmacológica del tratamiento, logrando finalmente, que al tercer día, como igualmente lo expone la Historia Clínica, se halle un paciente parcialmente dispuesto a admitir las terapias, razón por la cual se suspende el haloperidol intramuscular y se inician los medicamentos orales.

1.4.1.4.1.6.12.

Logrado lo anterior, a partir del tercer día, se le administra Risperidona, entre los días 1º de junio y el 9 del 2.009, no se utilizó en la segunda oportunidad, antipsicótico específico para agitación maníaca (Medicamento Pos y aprobado por FDA (U.S. Food and Drug Administration) de la Unión Americana, igualmente el Invima en Colombia, medicamento electivo número uno en el mundo, para agitación maníaca y como antisicótico, el cual se administra dosis media por vía oral de 4.5 mg mañana, 3.0 mg medio día, 4.5 mg noche; por considerarlo el adecuado para combatir la intensidad emocional que presentaba, en ese entonces, el paciente.

- 1.4.1.4.1.6.13. La mentira queda además evidenciada, frente a los resultados, que nos predican la bondad de las decisiones terapéuticas adoptadas por los facultativos de mi mandante que se reflejaron en una evidente mejoría del paciente, en esta primera etapa de atención intramural.
- 1.4.1.4.1.6.14. Cabe también señalar, para ilustración del Despacho, que no lo hace la alegada “pericia”, que todos los medicamentos utilizados en psiquiatría, deben ser retirados paulatinamente al paciente en la medida que se proponen cambios terapéuticos, precisamente a la búsqueda de la mayor protección del paciente, quien puede ser afectado en mayor o menor grado, si las mismas son retiradas intempestivamente.
- 1.4.1.4.1.6.15. Resulta también pertinente aclarar en este punto, que los síntomas activos de los trastornos psicóticos, (tales como alucinaciones, delirios, ideas fijas), son los que pueden ser tratados en psiquiatría, mediante farmacología específica; mientras que los pasivos, (tales como deterioro cognitivo, abandono personal, la anhedonia (pérdida de interés) y similares requieren otras terapias igualmente específicas.
- 1.4.1.4.1.6.16. El **midazolam**, aplicado en el primer tratamiento, droga utilizada universalmente como acompañante del haloperidol, para coadyuvar la eliminación de la agitación o aceleración psicomotriz, que en el paciente venía además complicado, por la adicción activa a la cocaína y a las secuelas de deterioro cognitivo, relativas al largo consumo (Tab), solo fue administrado, por vía parenteral (intramuscular) los días 27 a media mañana y 30 de mayo del 2.009, como consta en la historia, a la búsqueda de eliminar la agitación psicomotriz grave que presentaba el paciente, ello contribuyó, a que se obtuviera un paciente parcialmente colaborador que comenzó a aceptar la medicación, en corto tiempo dada la severidad del cuadro.
- 1.4.1.4.1.6.17. El **Lorazepan**, aplicado en ambos tratamientos, aplicado durante el tratamiento, que entre otros efectos es el Hipnótico Puro de vida media, esto es, entre 6 y 8 horas, es el inductor del sueño número 1 de uso mundial, constituye la elección ideal para inducir descanso reparador en el paciente maníaco, por lo que se formula en una dosis media de 2.0 mgs.
- 1.4.1.4.1.6.18. Este fármaco se combina comúnmente en todas las regiones del mundo, con el **clonazepan**, porque son medicaciones complementarias. El Lorazepan es un hipnótico puro de vida media (De asimilación entre 6 y 8 horas es inductor específico del sueño reparador).

- 1.4.1.4.1.6.19.** El **Clonazepan**, aplicado en ambas oportunidades, es el ansiolítico más efectivo y usado por la Psiquiatría moderna para episodios ansiosos desde leves a graves, su acción es ansiolítica, es decir que actúa generando tranquilidad y combatiendo la ansiedad, su efecto medio es de 6 a 8 horas, por esta razón su tratamiento se ordena por 2 a 3 veces al día en dosis media baja de (1 tableta de 0.5 mg. 3 veces al día), se aplica solo a partir del día 30 de mayo del 2.009 y es suspendido el 1° de junio.
- 1.4.1.4.1.6.20.** Con esta combinación medicamentosa, selectiva y específicamente recetada, se logró en este paciente, una mejoría, que solo podemos calificar de espectacular por el corto tiempo en que se dieron los resultados tiempo ya que el paciente vino remitido por un fracaso terapéutico, en la clínica anterior donde fue recluso (Reencontrarse)
- 1.4.1.4.1.6.21.** En conclusión, queda evidenciada la falacia a que nos lleva el referido “Concepto Pericial” documento, que interesadamente miente y tergiversa las cosas, cuando afirma, sin argumentación sustentadora, de ninguna clase, que las mencionadas drogas se administraran simultáneamente y por todo el tiempo del primer o segundo tratamiento.
- 1.4.1.4.1.6.22.** Y agrega más adelante:

“...En ninguna de las anteriores orientaciones farmacoterapéuticas se menciona al haloperidol, ni mucho menos a la levomepromazina, como tratamiento de primera línea del trastorno afectivo bipolar...”

- 1.4.1.4.1.6.23.** Es absolutamente falsa la anterior afirmación. El Haloperidol es de las medicaciones más utilizadas en los E.E.U.U., donde además se halla aprobada por la FDA (Federal Drough Administration) y siendo también recomendada por la “Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA)”, o “Asociación Psiquiátrica Americana (APA), cuyos datos hallará el Sr. Juez en la dirección Web http://es.wikipedia.org/wiki/Asociaci%C3%B3n_Estadounidense_de_Psiquiatr%C3%ADa consiste en

“...La **Asociación Estadounidense de Psiquiatría** (*American Psychiatric Association*, o APA en inglés), es la principal organización de profesionales de la [psiquiatría estadounidense](#), y la más influyente a nivel mundial. Se compone de unos 148.000 miembros, la mayoría estadounidenses, aunque también existen miembros de otras muchas nacionalidades. Publica diversas revistas y panfletos, así como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ([Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales](#)), también conocido como DSM, considerado hoy en día

como el texto básico para el diagnóstico y la categorización de trastornos mentales...”

de la cual, por demás, es miembro activo internacional el Dr. Ahumada, cuestionado en este proceso.

1.4.1.4.1.6.24. A través de estos se recomiendan varios tratamientos de diferente tipo para las mismas enfermedades, pues, como rama de la ciencia que es la Psiquiatría, debería entender el conceptuante que, no existe un tratamiento prototipo, sino un consenso de diversidades, donde cada facultativo, de acuerdo con su experiencia y resultados obtenidos, en la práctica diaria y cotidiana, aplica, con recto criterio, cada medicamento a la búsqueda de objetivos concretos planteados por la realidad de cada paciente.

1.4.1.4.1.6.25. Intentar establecer una “terapia universal”, como lo pretende el referido “concepto” y pretender apropiarse un psiquiatra de la verdad revelada, de un tratamiento para una enfermedad, es temerario y absurdo.

1.4.1.4.1.6.26. La monoterapia, que no otra cosa es lo que aquí se plantea, durante muchos años a partir de los 80, se intentó como la búsqueda de la acción terapéutica, de no pocos psiquiatras; pero la realidad clínica, actualmente corroborada por cientos de estudios de investigación a nivel mundial, muestran que ambas prácticas, la polifarmacia y la monofarmacia, poseen igual validez y efectividad, frente a la vivencia de los resultados.

1.4.1.4.1.6.27. Lo fundamental, es que el tratamiento aplicado, se soporta en todos los anteriores aspectos, pero especialmente en la utilización racional justa y efectiva, teniendo en cuenta la acción clínica y los efectos secundarios que pudiera causar, teniendo en cuenta al paciente como centro de la búsqueda y obteniendo resultados concretos de alivio y mejoría, como ocurrió en este caso.

1.4.1.4.1.6.28. Y predica además el “concepto”:

“...Todas **estas guías enfatizan el uso de carbonato de litio o divalproato de sodio, adicionados de quetiapina u olanzapina, como tratamiento de primera elección de los episodios maníacos del trastorno bipolar...**”

1.4.1.4.1.6.29. El tratamiento propuesto por el conceptuante, se utiliza con efectividad, en muchas partes del mundo, de hecho, en el segundo ingreso del paciente en nuestro caso, es parte del modelo que se utilizó, no ciegamente o por seguir la moda, como lo pretende el referido documento, sino teniendo en cuenta la evolución y condiciones objetivas del paciente, ya que para el segun-

do ingreso, su cuadro clínico era en un 50% menos activo, que en el anterior, por lo que se opta por la Olanzapina más Lamotrigina, que es el verdadero reemplazante del Carbonato de Litio, producto de más de 60 años de edad, que se halla en vía de desuso en el mundo psiquiátrico contemporáneo, precisamente por la aparición de fármacos más avanzados.

1.4.1.4.1.6.30. Esta sugerencia terapéutica, viene estableciéndose hace más de 10 años, pero insistimos que hoy en día, existen combinaciones terapéuticas de mejor resultado y no podríamos aceptar que ese sea el tratamiento universal obligado.

1.4.1.4.1.6.31. Y puntualiza además:

“...Para el tratamiento de los episodios de depresión mayor del trastorno bipolar, se recomienda como primera línea el uso de carbonato de litio o divalproato de sodio, adicionados de un anti-depresivo de nueva generación (inhibidores de la recaptación de serotonina, preferencialmente)...”

1.4.1.4.1.6.32. Puede ser cierto que ese tratamiento, entre otros, sea de elección para la “Depresión Mayor” del trastorno bipolar, esto es, la que presenta síntomas de profunda tristeza, ideación de minusvalía, desesperanza, llanto fácil, ideación nihilista, ideación de auto daño, astenia, adinamia, anhedonia, bradispsiquia, insomnio terminal o intermedio, hiporexia etc. Pero cabe señalar que este cuadro que es el opuesto a la Clínica presentada por el paciente, quien como consta en la historia, evidenciaba un cuadro maníaco intenso y severo caracterizado por agitación psicomotriz severa, ideación referencial persecutoria, alucinaciones auditivas, verbales indirectas, episodios de exaltación, megalomanía etc.

1.4.1.4.1.6.33. El cuadro que describe la Historia Clínica, corresponde a una crisis maníaca de un trastorno afectivo bipolar, que es todo lo opuesto a lo descrito para la Depresión Mayor, lo que evidencia el yerro científico y fundamental en que incurre el conceptuante.

1.4.1.4.1.6.34. En la psiquiatría se sabe que, en todo cuadro maníaco, puede existir un fondo depresivo que en este caso, se presentaba en el paciente como síntomas pasivos, pero el cuadro activo, visible y de riesgo clínico y para su entorno era su cuadro maníaco de base, además incrementado con los síntomas maníacos adquiridos que aportaban en él, el consumo habitual y exagerado de cocaína, lo que indica que tal vez por el desconocimiento del tema, de parte del conceptuante, respecto de la farmacodependencia, olvidó mencionar este elemento pues es sabido que la cocaína se comporta como un estimulante directo dopaminérgico que produce una hiperdopaminergia (incremento de la dopamina en el cerebro y mente), generando cri-

sis maníaca química adquirida, de manera que el paciente estuvo sometido a una doble crisis maníaca, la propia de su síndrome bipolar y la inducida por el consumo de estupefacientes; razón por la cual el tratamiento debió ser muy específico, selectivo y dinámico para haber corregido en tan corto tiempo el cuadro salvaje.

1.4.1.4.1.6.35.

En conclusión, el tratamiento aplicado al paciente, en ambas oportunidades en que fue manejado por los facultativos de mi mandante, se enmarcan dentro de los más estrictos marcos de una sana práctica y la Lex Artis Psiquiátrica, de manera que son erróneas, interesadas, insustanciales e irreflexivas las supuestas objeciones del dicho documento.

1.4.1.4.1.6.36.

Por tal razón desde la contestación de la demanda, solicitamos que el Despacho se sirviera ordenar a quien correspondiese:

“Que en los términos de los artículos 42 – 2 y 4, 170, 229 -2 y 230 del C.G.P. en el auto decretatorio de pruebas, en ejercicio de su facultad de decretar pruebas de oficio, con el fin de ilustrar debidamente el conocimiento científico sobre el tema a que refiere este proceso; se sirva ordenar a la **“ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA – A.C.P.”**, como gremio de los cultores de la Psiquiatría en nuestro país; titular del Correo Electrónico acp@psiquiatria.org.co, los teléfonos +573174405672, +57 300 7017974 y +57 (1) 701356 5, o en su sede, ubicada en en la Carrera 18 No. 84-87 Of. 404 de Bogotá D.C, Colombia, **concepto experto**, mediante psiquiatra especialista en la Enfermedad de Bipolaridad, y sus complicaciones, especialmente frente al consumo de sustancias estupefacientes, por el enfermo, sobre los siguientes puntos:

1. Pertinencia científica, en las fechas de otorgamiento de la atención al paciente, por las diferentes instituciones de salud que las prestaron, de las prescripciones farmacológicas y psicoterapéuticas aplicadas al Sr. **ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA**, en las oportunidades en que fue atendido por los facultativos de la IPS. **SALUD DEL CARIBE LIMITADA**, con fundamento en la historia clínica que reposa en autos.
2. Efectos que, para dicho tratamientos y paciente, podrían producirse, como consecuencia del consumo simultáneo o concurrente de alcohol, drogas de tratamiento ansiolítico o antidepresivos, no debidamente medicados o sin vigilancia médica.
3. Las demás que estime pertinentes la Sra. Juez (Sic.)...”

1.4.1.4.1.6.37.

En resumen, el simple documento que se intenta cualificar como experticia en la demanda y el auto recurrido, al admitirlo como medio probatorio de la estirpe de “Peritazgo”, en realidad, en un trabajo vendido por el personaje que, se pretende ubicar en nuestro proceso, como experto psiquiátrico, sin que haya acreditado, previamente a su producción y en su deposición ante el Sr. Juez, de las condiciones de formación, experiencia e idoneidad exigidos por la Ley, para poder cualificarlo como tal.

1.4.1.4.1.6.38. Además, como viene expuesto, tampoco la redarguida “pericia”, reúne los requisitos de Ley, para que sustancialmente, pueda tenerse como tal.

1.4.1.4.1.6.39. Ello obligaba al Despacho, al proferir la providencia decretatoria de pruebas, desconocer o admitir, previa motivación en dicha providencia, este medio, según la defensa inconducente, como elemento probatorio para la sentencia, en aplicación del artículo 168 del C.G.P., que conduce al **rechazo de plano**, ante la evidencia demostrada de la insatisfacción del mismo, frente a las normas que rigen la prueba pericial.

1.4.1.4.1.6.40. Consideramos que la providencia recurrida soslaya el hecho evidente de la falta de pronunciamiento del Despacho, sobre el real valor procesal y la pertinencia de su decreto relativo a la contradicción por el extremo demandado, cuando no ha definido si el controvertido escrito es o no jurídicamente, un peritazgo o concepto pericial susceptible a ello.

1.4.2. PRUEBAS OMITIDAS:

1.4.2.1. Como viene expuesto, en el escrito de contestación de la demanda, en observación del mandamiento del artículo 173 del C.G.P. al responder los hechos y circunstancias de la misma, solicitamos en concreto, dos pruebas pertinentes, a saber:

1.4.2.1.1. **PERICIA**, sobre el tema de nuestro proceso, por gremio especializado en él, lo que se impetró así:

“Que en los términos de los artículos 42 – 2 y 4, 170, 229 -2 y 230 del C.G.P. en el auto decretatorio de pruebas, en ejercicio de su facultad de decretar pruebas de oficio, con el fin de ilustrar debidamente el conocimiento científico sobre el tema a que refiere este proceso; se sirva ordenar a la “**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA – A.C.P.**”, como gremio de los cultores de la Psiquiatría en nuestro país; titular del Correo Electrónico acp@psiquiatria.org.co, los teléfonos +57 317 4405672, +57 300 7017974 y +57 (1) 7013565, o en su sede, ubicada en en la Carrera 18 No. 84-87 Oficina 404 de Bogotá D.C, Colombia, **concepto experto**, mediante psiquiatra especialista en la Enfermedad de Bipolaridad, y sus complicaciones, especialmente frente al consumo de sustancias estupefacientes, por el enfermo, sobre los siguientes puntos:

1. Pertinencia científica de las prescripciones farmacológicas y psicoterapéuticas aplicadas al Sr. **ANDRES FRANCISCO CORTES ACUÑA**, en las oportunidades en que fue atendido por los facultativos

de la IPS. **SALUD DEL CARIBE LIMITADA**, con fundamento en la historia clínica que reposa en autos.

2. Efectos que, para dicho tratamiento y paciente, podrían producirse, como consecuencia del consumo simultáneo o concurrente de alcohol, drogas de tratamiento ansiolítico o antidepresivos, no debidamente medicados o sin vigilancia médica.

3. Las demás que estime pertinentes la Sra. Juez (Sic.)...”

1.4.2.1.2. **TESTIMONIO TECNICO:**

1.4.2.1.2.1. En el mismo documento, dentro del término probatorio legal, rogamos:

“... Sírvasse citar y hacer comparecer al Dr. **REINALDO NICOLAS OMAÑA HERRAN**, mayor, vecino y residenciado en Cúcuta (Norte de Santander), localizable en la Avenida 11 E # 8-15 consultorio 202, quien fue durante 5 años Presidente del Tribunal de Etica Médica de Norte de Santander, 13 años psiquiatra Forense del Instituto de Medicina Legal de Norte de Santander y actualmente miembro de la Junta Directiva de la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, Norte de Santander, quien se pronunciará sobre los aspectos técnicos de la atención prestada al Decujus y con el cual pretendo acreditar los errores del concepto aportado con la demanda...”

1.4.2.2. La simple lectura del auto recurrido, evidencia cómo el Despacho omitió el decreto de tales pruebas, a pesar de su clara pertinencia, por haber sido solicitada por la parte que represento en la oportunidad de descorrimento de la demanda y sus anexos, es decir conforme el numeral 4° del artículo 96 del C.G.P., al mismo tiempo que negó el ejercicio de su propio poder decretatorio de material probatorio previsto en los artículos 169 y 170 del referido Estatuto Procesal y de contera el deber de cualificar en dicho auto la pertinencia de admitir o no el documento cuestionado como “pericia” en los términos de la regla 2. del inciso 1° del artículo 236 del C.P.C.

1.4.3. **PERTINENCIA DE LOS RECURSOS:**

1.4.3.1. La providencia impugnada es recurrible en los términos de los artículos 348 y ss. y 350 y 351 – 3 del C.P.C. (Ley 1.395 del 2.010 artículos 13 y 14) y hoy 318 y 321 – 3 del C.G.P. (Ley 1.564 del 2.012)

1.4.4. PETICIONES SOBRE LOS RECURSOS:

1.4.4.1. En consecuencia, sírvanse el Juez y/o su Superior:

1.4.4.1.1. Revocar en todas sus partes, la providencia recurrida, en los acápites antes descritos y en consecuencia, definir para el proceso, la real naturaleza de la prueba solicitada por la parte demandante, esto es, si es o no prueba pericial, teniendo en cuenta que el C.P.C. estatuto vigente al formularse la demanda no permitía la presentación de pericias privadas y consecuentemente denegar el traslado a la parte demandada de dicho medio probatorio para efectos de contradicción.

1.4.4.1.2. En todo caso, si decidiera admitirla, pronunciarse sobre la pertinencia de la misma, mediante providencia motivada, en los términos de la regla 2a del inciso 1º del artículo 236 del C.P.C.

1.4.4.1.3. Asimismo, proceder al decreto a no de las pruebas de Pericia por gremio especializado en el tema psiquiátrico fondo de este proceso y testimonio técnico, oportunamente solicitados por la parte que represento al responder el libelo de la demanda por considerarse que garantiza los principios de lealtad, buena fe y debido proceso de la parte que represento.

1.4.5. NOTIFICACIONES:

1.4.5.1. Las notificaciones que procedan, favor remitirlas a la calle 62 # 45 – 71, Celular 3106107218, Correo Electrónico lugar47@hotmail.com y en relación con mi representada en la Calle 83 # 42 D – 173; Correo Electrónico: ipsaludcaribe@hotmail.com Teléfonos 3528375, 3528646 o 3168345718 de Barranquilla.

Atentamente,



LUIS RICARDO GARCIA JARAMILLO

Dir. Calle 62 # 45-71 Tel 3357404 Cell: 3106107218 Email: lugar47@ Hotmail.com
Barranquilla