

Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Señor:

JUEZ ONCE (11) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

L. C.

Ref. Verbal de RCM

Demandante: ANGELICA MARIA VILLAREAL GARCIA Y O.

Demandados: CLINICA VERSALLES S.A. Y O.

RAD. 2019-00271-00

CONTESTACION DE LA DEMANDA

HAROLD ARISTIZABAL MARIN, Mayor y vecino de Cali, en mi condición de apoderado de la **CLINICA VERSALLES S.A.** conforme poder otorgado por su representante legal **JANETH VASQUEZ** me permito dar contestación a la demanda formulada por la señora **ANGELICA MARIA VILLAREAL GARCIA** y otros, conforme con los siguientes hechos, razonamientos, pruebas y excepciones.

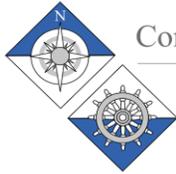
A LOS HECHOS

AL #1: No nos consta. Nos atenemos a lo que idóneamente acredite.

AL #2: No nos consta. Nos atenemos a lo que idóneamente acredite. En todo caso corresponde a la EPS indicar si es correcto o no.

AL #3: No es CIERTO como lo expone el apoderado de la parte actora. De acuerdo con el registro de historia clínica la paciente Angelica María Villareal García era G3C2 (tercer embarazo, con 2 cesáreas previas), es decir que cursaba con su tercer embarazo.

Como se evidencia en el siguiente cuadro de atenciones, la paciente recibió valoraciones en múltiples ocasiones en la Clínica Versalles de manera oportuna, secuencial y pertinente para



control y seguimiento de su tercer embarazo, en donde se identifican factores de riesgo¹ como la incompatibilidad Rh (tipo de sangre materno), antecedente de 2 cesáreas y obesidad, lo cual clasifica su embarazo como alto riesgo obstétrico².

**CUADRO DE ATENCIONES #1
ANGELICA MARIA VILLARREAL**

FECHA	MC	ATENCIÓN	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	CONDUCTA
01/07/2008 11:43	Se practicó test de embarazo el 28 de junio positivo.	Consulta por prueba de embarazo positiva y dolor pélvico, sin sangrado	Embarazo confirmado	Dan orden para ecografía obstétrica transvaginal, glucosa, hemoclasificación, hemograma, serología, uroanálisis
04/07/2008	Inicio del control prenatal	G3C2 ³ , cesáreas previas por estrechez pélvica, embarazo anterior hace 6 años, embarazo actual de 7 semanas por fecha	Supervisión de embarazo de alto riesgo por Rh	Se envía a nutrición por obesidad. Se envía a odontología,

TABLA 1. Factores de riesgo

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
Edad materna menor a 17 años Edad materna mayor a 35 años Relación peso / talla (IMC) - Obesidad > 29 ← - Delgadez < 20 Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día Alcoholismo Drogadicción Nivel socioeconómico bajo Riesgo laboral ocupacional	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años Aborto a repetición Antecedente de parto pretérmino Antecedentes de nacido con CIR Antecedentes de muerte prenatal Hijo con lesión residual neurológica Antecedente de nacido con defecto congénito Antecedente de cirugía uterina (excepto legrado instrumental) ← Incompetencia cervical.
ANTECEDENTES MÉDICOS	EMBARAZO ACTUAL
Hipertensión arterial Enfermedad cardíaca Enfermedad renal Diabetes Endocrinopatías Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad hematológica Epilepsia y otras enfermedades neurológicas Enfermedad psiquiátrica Enfermedad hepática con insuficiencia Enfermedad auto inmune con afectación sistémica Trombo embolismo Patología médico-quirúrgica grave	Hipertensión inducida por el embarazo Anemia Diabetes gestacional Infección urinaria de repetición Infección de transmisión perinatal Isoinmunización Rh ← Embarazo múltiple ← Polihidramnios Oligohidramnios Hemorragia genital Placenta previa asintomático (diagnóstico ecográfico a semana 32) Crecimiento intrauterino retardado Defecto fetal congénito Estática fetal anormal a semana 36 Amenaza de parto pretérmino Embarazo pos término Rotura prematura de membranas ovulares Tumoraición uterina Patología médico-quirúrgica grave

Tomado de la Guía e control prenatal y factores de riesgo secretaria de salud Distrital Bogotá. Disponible: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTOR%20DE%20RIESGO.pdf>

² Probabilidad de enfermedad o muerte, antes, durante o después del parto/cesárea es mayor que en un embarazo sin factores de riesgo para la madre y/o el feto.

³ Formula gestacional G3: Tercer embarazo, C2: dos cesáreas previas.



		de última menstruación. Asintomática ⁴ . Talla: 1.44 cm, Peso: 66kg	materno, edad materna	vacunación. Se inicia ácido fólico. Solicitan frotis vaginal
05/07/2008	Consejería pre test	Embarazo de 7.1 semanas por ecografía del 3 de julio para 7 semanas.	Consulta para asesoría virus VIH 1 y 2	Se informa sobre el VIH, se explican factores de riesgo y formas de transmisión y prevención. Se da consejería post test.
16/07/2008	Consejería post test	Se entrega y explica reporte de prueba de VIH negativo.	Consulta para asesoría virus VIH 1 y 2	Se promueve método de barrera (uso de condón)
18/07/2008	Control prenatal	Embarazo de 9 semanas, comenta dolor pélvico leve. Sin hallazgos anormales al examen físico.	Supervisión de embarazo de alto riesgo	Se indica manejo para episodios de vómito. Se indica continuar ácido fólico. Control en 4 semanas.
12/09/2008 08:37	Control prenatal	Embarazo de 17.2 semanas, comenta dolor de cabeza, náuseas y dolor pélvico. Al examen físico con frecuencia cardíaca fetal positiva 144 latidos por minuto, al tacto vaginal sin cambios cervicales.	Amenaza de aborto	Solicitan ecografía obstétrica prioritaria
19/09/2008 10:51	Control prenatal	Embarazo de 18.2 semanas. No refiere síntomas, mejoría de dolor pélvico con analgésicos. Eco obstétrica del 15/09/08 Placenta de inserción normal, embarazo de 17 semanas.	Supervisión de embarazo de alto riesgo	Continuar hierro y calcio. Control en 4 semanas.
19/09/2008 13:11	Control prenatal Ginecología y obstetricia	Embarazo de 18 semanas, sin síntomas, estudios del primer trimestre normales. Ecografía obstétrica normal.	Supervisión embarazo alto riesgo.	Continuar controles
17/10/2008 09:52	Control prenatal	Embarazo de 22.2 semanas. Al examen físico con dolor a nivel de cicatriz de abdomen.	Supervisión de embarazo de alto riesgo Infección aguda de las vías respiratorias	Continuar hierro y calcio. Control en 4 semanas. Tratamiento para cuadro viral Solicitan laboratorios de control
29/10/2008 13:57	Control prenatal Ginecología y obstetricia	Embarazo de 23 semanas, asiste con resultado laboratorios normales. Comenta dolor bajito, percibe movimientos fetales.		Solicita ecografía obstétrica
20/11/2008	Control prenatal	Embarazo de 27 semanas, sin síntomas. Tiene eco obstétrica del 7/11/08 normal Peso: 71kg	Supervisión de embarazo de alto riesgo.	Solicitan estudios de laboratorio.

⁴ Sin síntomas

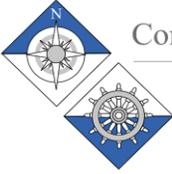


			Incompatibilidad de Rh	Control en 1 semana para aplicación de inmunoglobulina
27/11/2008	Control prenatal	Embarazo de 28 semanas, comenta dolor pélvico leve.		Se da orden para aplicación de inmunoglobulina. Control en 4 semanas.
29/12/2008	Control prenatal Ginecología y obstetricia	Embarazo de 29 semanas, comenta adormecimiento en las manos.		Continuar hierro
07/01/2009	Control prenatal	Embarazo de 33.6 semanas, comenta dolor en cicatriz quirúrgica abdominal		Inician manejo para inhibir contracciones Solicitan laboratorios del tercer trimestre Control en 3 semanas.
15/01/2009	Control prenatal	No asiste a la consulta		
15/01/2009 12:33	Me caí	Consulta por presentar caída desde su propia altura con contusión en abdomen hace 3 horas. No percepción de movimientos fetales. Se confirma bienestar fetal.	Traumatismo superficial de abdomen descartar trauma fetal.	Observación y pruebas de bienestar fetal
24/01/2009	Control prenatal Ginecología	Embarazo de 36 semanas, sin síntomas. Sin contracciones, frecuencia cardiaca fetal positiva. Feto flotante (no encajado o acomodado en la pelvis)		Se da orden para cesárea + pomeyoy

Basado En los registros de Historia Clínica de la paciente ANGELICA MARIA VILLARREAL

Es claro dentro de todo el proceso de atención, que el 24 de enero, 2009 durante consulta con especialidad en ginecología y obstetricia se dio orden para finalización del embarazo por cesárea teniendo en cuenta el antecedente de no uno sino dos cesáreas previas y diagnóstico de desproporción céfalo pélvica DCP(pelvis estrecha). Además de dar orden para pomeyoy (ligadura de trompas de Falopio), acogiéndose a la decisión de la paciente que, ante el cumplimiento del deber de ofrecer opciones de métodos de planificación, ella escogió este definitivo. De acuerdo a esto, el 6 de febrero, 2009 se llevó a cabo la intervención quirúrgica con previos consentimientos informados⁵ diligenciados completos y en los cuales están inmersos los riesgos

⁵ El 6 de febrero de 2009 es intervenida previo antibiótico profiláctico, firma de consentimiento informado por paciente y Medico Ginecobstetra Quesada donde se consigna claramente en que consiste el procedimiento y todos los riesgos inherentes:



“El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de su gestación y/o parto no permiten la vía vaginal o hacen un mayor riesgo, en cuanto a morbilidad y mortalidad para la madre y el feto.”

“EN QUE CONSISTE LA CESAREA? La cesárea es una intervención quirúrgica que se lleva a cabo para extraer a su hijo a través de una incisión de la pared anterior del abdomen. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento adecuado.

RIESGOS DE LA CESAREA

Como toda intervención quirúrgica. Se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes:

- ***Infeciones*** (urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida etc.)
- *Hipotonía uterina* (no contracción del útero).
- *Hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o postoperatoria.*
- *Seromas* (acumulación de líquido en la herida).
- *Hematomas* (moretones).

Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas/histerectomía o laparotomía o posteriores tales como: eventraciones (hernias) adherencias, dehiscencia de la sutura y otras. También existe la posibilidad de que se presenten **complicaciones severas como: pelvi peritonitis, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis o muerte** que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Informamos que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo un médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.”

“Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico, que aquí autorizo.”

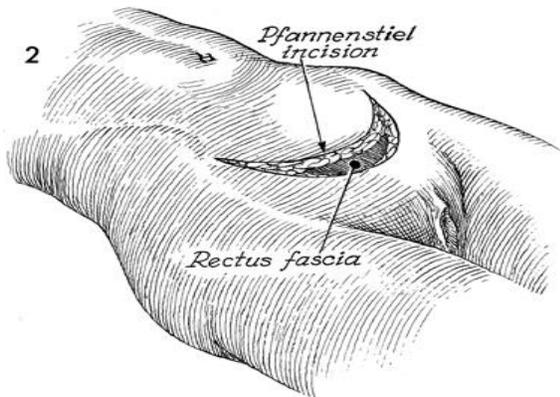
Adicionalmente se realizó la administración del respectivo antibiótico profiláctico indicado en dicha cirugía y se procedió a la intervención de cesárea por el doctor Quesada:



y complicaciones inherentes al procedimiento. De igual manera, el mismo día 6 de febrero de 2009 la nota quirúrgica del ginecobstetra Dr. Quesada advierte “*incisión pffanestiel⁶ (paciente tenía incisión media infraumbilical⁷ poco visible por lo cual se le explica a la paciente los riesgos de una incisión mediana-eventración⁸ vs hacerle pffanestiel) y la paciente decide pffanestiel*”...“*incisión por planos abundante tejido adiposo subcutáneo*”...“*extracción difícil por síndrome adherencial y obesidad*”.

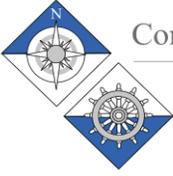
Como se advierte, al realizar apertura de cavidad abdominal se evidencia *síndrome adherencial* (fibras de tejido cicatrizal que se forma en la superficie de los tejidos abdominales) sumado a la condición de obesidad con abundante grasa entre piel y cavidad abdominal como también dentro de la cavidad (en lo que se llama el mesenterio) de la paciente. Estos hallazgos conforman factores inherentes al paciente a la vez que son determinantes de la complejidad del abordaje

⁶ <http://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/incision-pfannenstiel>: “*Incisión de Phannestiel: Incisión transversal realizada a unos 3 cm por encima del pubis y que permite realizar las intervenciones quirúrgicas pélvicas. Los resultados estéticos son mejores que en las incisiones longitudinales abdominales.*”



⁷ <https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/cirugia-pared-abdominal.pdf>. Incisión media infraumbilical: la incisión puede llegar a la sínfisis del pubis, debiendo tener en cuenta, en pacientes operados previamente, la localización del fondo vesical, para evitar su lesión de forma inadvertida

⁸ Resultado de una mala cicatrización de una incisión realizada en la pared del abdomen durante una intervención quirúrgica que da como resultado un defecto por donde puede salir el contenido abdominal.

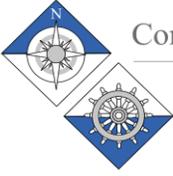


quirúrgico como también del mayor riesgo de complicaciones. Son totalmente ajenas al médico y a la institución y más bien, todo lo contrario, son la experiencia y destreza individual y organizacional las que hacen que haya menos complicaciones con pacientes así.

En el caso de la señora Angelica María Villarreal se tuvo en cuenta los antecedentes obstétricos y estado de sobrepeso, como bien fueron registrados desde el ingreso a la atención quirúrgica programada, sin que ellos cambiaran la conducta correcta de realizar cesárea. Lo cierto es que el médico, por la predisposición de la misma paciente a la generación de adherencias múltiples y por su obesidad se vio enfrentado a una situación de dificultad técnica y más riesgo que pudo surtir exitosamente al culminar la cesárea con resultado positivo para el binomio: mujer en poscesárea sin complicaciones inmediatas y bebé recién nacido vivo y en buenas condiciones. Durante la atención quirúrgica, cesárea y pomeroy, brindada a la paciente no se presentaron complicaciones que hicieran pensar en un incremento en el riesgo de infección, de por sí presente en toda cirugía. Se utilizó adecuadamente el antibiótico profiláctico establecido para este tipo de procedimientos. No obstante, informamos que, al igual que en todo acto médico, no puede existir garantía de los resultados pues la medicina no es una ciencia exacta y son los galenos quienes deben hacer uso de todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener los mejores resultados sin que siempre se den. Además, en este caso no se presentaron complicaciones previsibles pero no prevenibles intraoperatorias inmediatas; sino que fueron posteriores y alertadas su posibilidad de tal manera que la paciente bien instruida decidió consultar correctamente antes los síntomas que luego presentó.

AL #4: No nos consta que le haya manifestado explícitamente el ginecobstetra a los familiares, en todo caso dentro del hábito cordial de comunicación y el protocolo de ronda diaria de evoluciones de pacientes está inmerso el deber de los profesionales tratantes de explicar con lenguaje claro y apropiado tanto a la paciente y al familiar o acompañante el proceso de evolución y condición clínica; afirmado en el hecho el cumplimiento de este deber al brindarle información a los familiares sobre el estado natural de la paciente en donde claramente evolucionó clínicamente de manera adecuada en el postoperatorio por lo que se le dio egreso el 7 de febrero de 2009.

Es importante resaltar que la Clínica Versalles es una institución con reconocimiento a nivel nacional, con excelentes indicadores de calidad en la atención del binomio materno fetal, es una institución de Nivel III de complejidad debidamente habilitada en el Registro de Prestadores de servicios de Salud (REPS) del Ministerio de salud que cuenta con todos los servicios de apoyo para la atención de maternidad y perinatal de alto riesgo: Unidad de Cuidado Intensivo e intermedio Adulto, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Cuidado Intensivo e Intermedio Neonatal, Quirófanos, salas de parto, trabajo de parto y puerperio, siendo una de las instituciones que más capacidad instalada tiene en el municipio de Cali para la atención de maternidad, y que cuenta actualmente con la Unidad de Cuidado Neonatal de mayor capacidad de la ciudad. La



Clínica Versailles se especializa en la atención de esta población con 600 o más nacimientos al mes, siendo la IPS que más recién nacidos recibe en el Valle del Cauca y la región sur-occidental. Acorde con esto, es una institución que cuenta con un riguroso proceso de selección de talento humano lo que le ha permitido mantener por más de 30 años el reconocimiento, los altos estándares de atención y los excelentes resultados, traducidos a indicadores epidemiológicos vigilados por los entes de control y destacados como superiores.

AI #5: Cierto. De acuerdo a los registros en la historia clínica en la mañana del 7 de febrero, 2009 a las 10:55 horas se dio egreso (salida) al binomio: a ella junto a su recién nacido que iba en excelentes condiciones, tras haber presentado una buena evolución clínica, con signos vitales normales, sin fiebre y con herida quirúrgica limpia.

AI #6: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. De acuerdo a los registros en la historia clínica, la paciente consulto el 7 de febrero, 2009 a las 23:20 horas por cuadro clínico de 5 horas de evolución, es decir que inició alrededor de las 18 horas, consistente en dolor abdominal sin otros síntomas asociados. Al examen físico la paciente se encontraba estable, con signos vitales normales, sin taquicardia, sin fiebre, con dolor a la palpación de hemiabdomen inferior, pero con útero en posición adecuada para el tiempo de evolución de su cesárea, sin presencia de signos de irritación peritoneal (signo exploratorio que caracteriza una urgencia quirúrgica de estar presente) y como hallazgo se documenta abundante materia fecal en recto. Diagnóstico: constipación, por lo que ordenan enemas evacuantes, presentando mejoría de su cuadro clínico razón por la cual se da egreso (salida) el 8 de febrero, 2009 a las 01:40 horas.

En este punto es importante tener en cuenta que después de una cirugía especialmente si se trata de cirugía abdominal se produce un estado de obstrucción intestinal transitorio por disminución en la actividad del tubo digestivo que puede pasar desapercibido en la inmediatez del estado postquirúrgico. No obstante, como se describe en la literatura científica en los primeros días al restablecerse la actividad intestinal se manifiesta con malestar general y el signo clínico más evidente que es la distensión abdominal⁹ como en el caso de la paciente Villarreal. Su cuadro clínico y la ausencia de signos que hicieran sospechar un proceso infeccioso determinaron el primer diagnóstico, enfoque y manejo.

La parte demandante simplifica toda la atención realizada por el médico general en esta valoración donde es claro que la paciente fue evaluada en su integralidad con realización de

⁹ Íleo paralítico posoperatorio. D. García-Olmo* y F. Lima***Profesor titular de Cirugía. **Médico residente. Universidad Autónoma de Madrid. Servicio de Cirugía General "C. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-11000124>



examen físico completo y por consiguiente una impresión diagnóstica para lo cual recibió manejo con posterior mejoría de los síntomas. La conducta médica tomada fue acorde a la condición y evolución clínica de la paciente.

Al #7, 8, 9: No son ciertos como lo afirma el apoderado de la parte actora pues descontextualiza la evolución clínica de la paciente y la continuidad del manejo al omitir las valoraciones e intervenciones recibidas y que fueron determinantes para definir la conducta médica la cual reiteramos fue tomada de acuerdo a su la condición clínica.

En este sentido, informamos que la paciente consulta nuevamente el 8 de febrero, 2009 a las 17:38 horas por nuevo dolor abdominal el cual había mejorado posterior a la realización de enemas en atención del 7 de febrero, 2009. En esta oportunidad encuentran a la paciente estable, con signos vitales normales y con dolor abdominal pero de nuevo sin signos de irritación peritoneal (lo cual sugeriría proceso inflamatorio infeccioso y alertaría a posible necesidad de exploración quirúrgica), hallazgos y cuadro clínico sugestivo de íleo paralítico¹⁰ para lo cual recibió manejo adecuado con sonda nasogástrica y realización de estudios pertinentes.

Como se evidencia en el siguiente cuadro de atenciones, la paciente tuvo una atención oportuna, pertinente y secuencial de acuerdo a su condición y evolución clínica.

**CUADRO DE ATENCIONES #2
ANGELICA MARIA VILLARREAL**

FECHA	MC	ATENCION	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	CONDUCTA
08/febrero, 2009 17:38	Dolor abdominal	Paciente quien inicia con dolor abdominal, presentó mejoría con enemas realizados el día de ayer. Hoy nuevamente aparece el dolor.	íleo postquirúrgico	Sonda nasogástrica
22:10		Reporte de paraclínicos solicitados con hemograma con leucocitosis de 13330, neutrófilos:84%, hemoglobina:11, plaquetas:237000, sodio138, potasio:4.1 cloro 110 Radiografía de abdomen con marcada distensión de asas. Paciente refiere mejoría, continúa clínicamente estable, abdomen		Manejo farmacológico endovenoso

¹⁰ Estado transitorio de obstrucción intestinal por falla en la actividad normal del tubo digestivo que se produce después de una cirugía especialmente si es abdominal. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-11000124>



		doloroso a la palpación. Se comenta con ginecóloga de turno.		
09/febrero,2009 01:10:		Paciente refiere mejoría, ahora sin dolor, sin drenaje por sonda nasogástrica, abdomen aun distendido, blando. Se comenta con ginecóloga de turno.		Solicitan eco de abdomen total. Resto de manejo igual
		GINECOLOGIA: Paciente en buenas condiciones generales, signos vitales normales		Revalorar con resultado de ecografía de abdomen total
09:35		GINECOLOGÍA: Se comenta con cirujano de turno, considera suspender la ecografía e iniciar manejo con hidratación endovenosa pues el contenido de aire y liquido pueden interferir para el estudio		Solicitan hemograma y electrolitos
10:00		MEDICO GENERAL: Paciente refiere mejoría de dolor, signos vitales normales, sin fiebre, se explica a la paciente plan terapéutico		Igual manejo
12:00		Reporte de paraclínicos solicitados con hemograma con leucocitos 12,30, neutrófilos de 88%, hemoglobina 10.1, electrolitos normales	ileo en resolución	Hospitalizar
10, febrero,2009 08:30 horas		Mejoría clínica, mejoría de síntomas, disminución de distensión abdominal, deposiciones positivas. Signos vitales normales. ABDOMEN: blando, no doloroso a la palpación, distendido, no signos de irritación peritoneal. Herida quirúrgica limpia, no secreciones, no signos de inflamación.	POP cesárea día 5 ileo paralítico post qx	Deambular Control de laboratorios para mañana
11, febrero,2009 11:00 horas		Paciente afebril, refiere dolor en herida quirúrgica, drenaje de 120 cc por sonda nasogástrica. Abundante panículo adiposo, eritema en hemiabdomen inferior, no hay secreción purulenta por herida quirúrgica	ileo Infección de herida quirúrgica	Inician dieta líquida y antibiótico previa toma de cultivos
18:05		Persiste distensión abdominal, eritema ha disminuido en herida quirúrgica, pero se extiende a flanco derecho.		Cambian esquema antibiótico



		Por riesgo de streptococo se ajusta antibiótico		
12/febrero,2009 07:30 horas		GINECOLOGÍA: distensión abdominal, timpanismo generalizado herida quirúrgica con bordes necróticos. Se considera paciente con sepsis secundaria a foco en piel.		Sin vía oral Traslado a cirugía para drenaje y lavado

Basado En los registros de Historia Clínica de la paciente ANGELICA MARIA VILLARREAL

Con lo anterior es claro que, para el 10 de febrero, 2009 de acuerdo a los registros probatorios de la historia clínica la paciente Angelica María Villarreal había presentado evolución hacia la mejoría, con disminución de síntomas referido por la misma paciente, adicionalmente no se documenta en estas valoraciones algún signo clínico ni paraclínico sugestivo de proceso infeccioso como lo menciona el apoderado en el hecho # 9. Por el contrario, reiteramos lo descrito en el cuadro de atenciones en relación a esta fecha "ABDOMEN: blando, no doloroso a la palpación, distendido, no signos de irritación peritoneal. **Herida quirúrgica limpia, no secreciones, no signos de inflamación.**"

El apoderado de la parte demandante simplifica toda una atención coordinada y continuada, incluyendo intervenciones necesarias y acorde a la condición clínica de la paciente en donde claramente hasta el 11 de febrero, 2009 la paciente no había presentado ningún hallazgo clínico ni paraclínico para sospechar un proceso infeccioso. Recordamos que la presentación clínica es principalmente individual de cada paciente; además es gradual, cambiante, evolutiva y se puede o no acompañar de hallazgos paraclínicos. Pueden existir varias manifestaciones de una o varias enfermedades o condiciones a la vez, lo que hace que las virtudes médicas, con prudencia y observación, más el trabajo armónico con el equipo de salud, apoyándose en la infraestructura, la dotación y los insumos de la Clínica, es lo que logra que ésta ciencia, su técnica y arte den frutos a favor de salvaguardar la vida, la salud y la integridad física de cada paciente, hasta donde sea posible.

Pero hay que ir más allá ya que es sumamente importante que se tenga claridad en esto: las primeras condiciones clínicas diagnosticadas en C. Versalles, constipación y luego ileo parálítico, en distintos momentos y días del posoperatorio de la Sra. Angélica María Villareal también es cierto que las tuvo. Con una combinación del estado de base (embarazo que condiciona la respuesta inmune), de la necesidad de medicamentos analgésicos y sedantes (anestesia y manejo de dolor posquirúrgico), inicio insidioso de síntomas y el desarrollo y avance de condiciones y enfermedades ella sí presentó cada uno de estos diagnósticos y cada una requirió de manejo. Aquí no se presentaron falsas impresiones ni errores clínico-médicos de diagnóstico ni de manejo.

Entendido, así como lo demuestra la historia clínica, la atención del reingreso estuvo dentro de los estándares de calidad. El ejercicio medico estuvo acorde con los síntomas y signos



presentados por la paciente: dolor, distensión abdominal, asas distendidas, sin irritación peritoneal, sin fiebre, sin leucocitosis importante (aumento de glóbulos blancos de la sangre), orientan a pensar en un cuadro característico, aunque no exclusivo, de íleo paralítico postquirúrgico (intestino deja de moverse) para lo cual reiteramos recibió el tratamiento adecuado. La paciente en ningún momento presentó síntomas ni signos que hicieran pensar en peritonitis que indicara manejo quirúrgico inmediato.

Al #10: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora reiterativamente pretende simplificar una atención integral por parte de los profesionales quienes basados en la condición clínica de la paciente y hallazgos al examen físico generaron una impresión diagnóstica y por consiguiente el plan terapéutico, el cual claramente es modificable de acuerdo a la evolución individual de cada paciente y cómo ya se explicó.

La paciente Angelica María Villarreal permaneció desde el 8 de febrero, en observación hospitalizada recibiendo manejo para la primera impresión diagnóstica de este ingreso, íleo paralítico, sin haber presentado ningún signo clínico sugestivo de infección hasta el 11 de febrero donde presenta eritema (enrojecimiento de la piel) en herida quirúrgica para lo cual se inició tratamiento con prostaflina (antibiótico) para posteriormente escalar a clindamicina, gentamicina, este manejo está acorde a las guías de manejo para infección de sitio quirúrgico; todos los cuales están indicados de forma escalonada, no simultánea, en el manejo de la bacteria a la cual hace alusión el demandante "invasión por un estafilococcus". El día 12 de febrero de 2009 el Dr. Milton Cesar Gómez ginecobstetra idóneo con amplia experiencia, docente reconocido y miembro del Colegio Americano de Ginecobstetricia (institución referente a nivel mundial en pautas para dicha especialidad), registra nota aclaratoria refiriendo paciente con herida quirúrgica con bordes necróticos y secreción seropurulenta con SIRS por lo cual es llevada a cirugía. Durante el procedimiento quirúrgico encontraron infección del útero con compromiso del peritoneo y 2 abscesos subfrénicos teniendo los médicos tratantes que tomar la decisión de realizar histerectomía abdominal (extracción del útero) para controlar el foco séptico y realizar el drenaje y lavado de la cavidad abdominal. Es claro que el nacimiento en cualquiera de sus formas constituye un riesgo natural para el binomio madre-hijo siendo la infección una de las causas de complicación más frecuentes en esta población y si adicionalmente la paciente presenta factores inherentes a su constitución como obesidad y síndrome adherencial previsible más no prevenibles, más los demás que no son prevenibles ni previsible; estos riesgos se aumentan generando complicaciones que si bien el equipo de salud no desea que se presenten, por lo cual trabaja con empeño y destreza en pro que no se desarrollen. Sin embargo, ellos ocurren y por eso mismo existen todos los mecanismos y manejos para detectar oportunamente y tratar dichas complicaciones todo con el fin de salvar la vida de la paciente.

Es importante tener en cuenta que la cesárea es una cirugía en la que se extrae al feto y la placenta realizando una incisión en la pared del abdomen y en el útero y como cualquier



intervención quirúrgica existen riesgos y complicaciones, en este caso la complicación más común es la infección la cual se presenta en un 19.7% con riesgo de 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal.¹¹

En este sentido, queremos aportar con datos los buenos resultados en relación a los indicadores de infección donde se evidencia la baja tasa de infecciones institucional denotando con esto las buenas prácticas de manejo al interior de la misma.

INDICADORES INFECCIONES	ESTANDAR	2008	2009	2010
Infección nosocomial total	< 50/1000	5/1000	7/1000	7/1000
Infección nosocomial hospitalización	< 40/1000	0	1/1000	1/1000
Infección nosocomial UC intensivos	< 100/1000	23/1000	55/1000	74/1000
Infección nosocomial UCIREN	< 100/1000	15/1000	23/1000	16/1000
Infección post quirúrgica	< 40/1000	4/1000	6/1000	6/1000
Endometritis post parto	< 30/1000	5/1000	4/1000	3/1000
Endometritis post cesárea	< 50/1000	9/1000	3/1000	4/1000

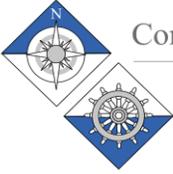
Certificado por el departamento de estadística de la Clínica Versalles

Estos datos de indicadores epidemiológicos colocan la Clínica Versalles en una posición de mayor calidad y seguridad ante muchas otras clínicas y hospitales, favoreciéndose así los pacientes tratados aquí.

Por otra parte, siendo este un caso de interés en salud pública, el 15 de abril 2009 fue analizado en el comité municipal de vigilancia de la morbilidad extrema y mortalidad materna de la alcaldía de Santiago de Cali, realizado en las instalaciones de la clínica Fundación Valle de Lili, el cual se concluyó que el diagnóstico y el manejo se realizaron adecuadamente y que el cuadro clínico presentado inicialmente no hacía posible sospechar patología infecciosa. Además de concluir que la paciente contaba con condiciones predeterminantes para desarrollar infección severa.

Al #11, 12: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. Una vez definida la conducta, la cual reiteramos se consideró apenas se evidenció teniendo en cuenta la evolución clínica de la paciente, fue intervenida quirúrgicamente de manera oportuna el mismo 12 de febrero a las 14 horas, es decir en menos de 12 horas de haber definido el plan terapéutico. En este sentido, en curso de la cirugía encuentran una delicadísima infección, la pelviperitonitis con un litro de pus (drenaje de 1000cc) libre en la cavidad abdominal más abscesos (colecciones con

¹¹ Infección del sitio quirúrgico poscesárea. MEDISAN vol.20 no 5. Santiago de Cuba mayo 2016, Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000500002



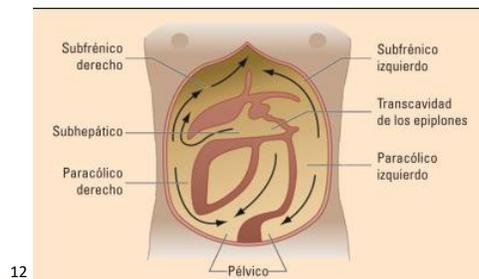
cápsula) subfrénicos (espacio en la cavidad abdominal entre el diafragma y el hígado)¹² para lo cual tuvieron que hacer procedimiento exhaustivos complejos de lavado e hysterectomía (extracción del útero), tomar cultivos para poder tipificar el germen, aún imposible de identificar, con el objetivo de realizar los ajustes al tratamiento farmacológico en relación al germen aislado. Es cierto que adicionalmente, teniendo en cuenta el estado clínico de la paciente y los hallazgos en la cirugía decidieron dejar la herida quirúrgica abierta y posterior a la recuperación es ingresada a UCI para vigilancia, monitoreo y tratamiento antimicrobiano.

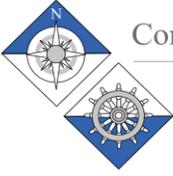
Todo lo explicado hasta aquí constituye el manejo adecuado de una condición de infección extrema con compromiso vital que puede instaurarse en horas y que conlleva a una alta probabilidad de fallecer. Si además, volvemos a tener en cuenta que la paciente presentaba per se riesgo de complicaciones por su misma condición de base 2 cesáreas previas, síndrome adherencial severo y obesidad, es claro que la Clínica Versailles brindó todo el recurso humano (personal idóneo, experto), infraestructura y tecnología requeridos por las diferentes etapas o condiciones clínicas presentadas por la paciente durante su evolución dinámica y que gracias al manejo oportuno la paciente presentó adecuada evolución como se registra en evoluciones posteriores hasta el 14 de febrero, fecha en la que es reintervenida para lavado encontrando cavidad limpia y posteriormente en evolución del 15 de febrero “paciente con notable evolución hacia la mejoría, recuperación de HB: 12.1...”.

Por lo demás deberá probarlo.

Al #13: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte demandante. De acuerdo a la condición clínica de la paciente se inició adecuadamente, de manera oportuna y pertinente antibioticoterapia como parte del plan terapéutico para la patología con la que cursaba. De acuerdo a esto se realizaron los ajustes en esquemas necesarios y que como efecto llevaron a la mejoría de la paciente.

Es importante tener en cuenta, que la clínica Versailles siendo una de las pocas IPS certificadas como institución IAMI (institución amiga de la mujer y de la infancia) es fiel concedora y





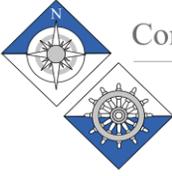
promotora de los beneficios de la lactancia materna. Sin embargo, hay situaciones en las que prima realizar todos los esfuerzos necesarios para salvar la vida materna. No obstante, de acuerdo a la literatura tecnocientífica más del 90% de las mujeres requieren administración de medicamentos durante su periodo de lactancia y el temor de la madre por los efectos que posiblemente puede generar en el lactante puede generar un abandono de la lactancia, “*Las indicaciones sobre compatibilidad de los medicamentos con la lactancia, elaboradas por la industria farmacéutica y plasmadas en la ficha técnica y el prospecto del medicamento, no deben ser la única fuente de información. Muchas veces esas indicaciones no se sustentan en datos científicamente contrastados y obvian los beneficios de la lactancia materna para la salud de la madre y el lactante... los beneficios de la lactancia materna son superiores a los posibles riesgos de la exposición a través de la leche materna de la mayoría de fármacos.*”¹³

Como se evidencia en la siguiente tabla, existen fármacos con contraindicaciones claras entre los que no se encuentran ninguno de los medicamentos usados en el manejo de la paciente Villarreal y fármacos con indicación de uso con precaución como es el caso de la clindamicina usada en el caso de la paciente Angélica María Villarreal G. (A.M.V.G.) como parte del plan terapéutico.

Tabla 1. Fármacos contraindicados y fármacos a tomar con precaución en la lactancia

Fármacos contraindicados en la lactancia	
Anticoagulantes	Fenindiona
Cardiovasculares	Amiodarona (por el yodo ^a)
	Derivados del ergot (inhiben prolactina): ergotamina
Ginecológicos	Derivados del ergot: bromocriptina, cabergolina y lisurida
Antineoplásicos	
Psicofármacos	Anfetaminas
Yoduros, incluso tópicos ^a	
Drogas de abuso social	Anfetamina, cocaína, fenciclidina, heroína, LSD, marihuana
Reductores colesterol	Estatinas

¹³ Medicamentos y lactancia materna. Vol 12 Num 5. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-medicamentos-lactancia-materna-S1696281814701970>



Fármacos a tomar con precaución en la lactancia	
Antibióticos y antiinfecciosos	Amantadina (RL), cloranfenicol (H) clindamicina (G), lindano (H)
Antiepilépticos	Fenobarbital, primidona (S)
Antihistamínicos	Evitar los de primera generación (S, RL)
Antiinflamatorios	Sales de oro (O)
Cardiovasculares	Reserpina (S)
Betabloqueantes (CV)	Elegir labetalol, oxprenolol, propranolol o metoprolol
Vasodilatadores antiadrenérgicos (CV)	Elegir metildopa o hidralazina
Descongestivos nasales (CV, I)	
Diuréticos	Tiazidas (RL)
Drogas sociales	Alcohol (S), cafeína (I), tabaco (I)
Endocrinológicos	Algunos antidiabéticos orales Estrógenos (RL)
Gastrointestinales	Laxantes «activos» (G)
Inmunosupresores (H)	Elegir ciclosporina o azatioprina
Psicofármacos	
Antipsicóticos	Fenotiazinas (clorpromacina) (S) Litio (CV, S): requiere control clínico y analítico del lactante
Benzodiacepinas (S)	Elegir lorazepam como ansiolítico
Antidepresivos	Doxepina (S, CV), nefazodona (S, CV) (elegir sertralina, paroxetina o fluoxetina)
Otros	Codeína (S)

Es claro que todo el manejo que recibió fue encaminado a mejorar su condición clínica, resolviendo de manera acertada y oportuna una complicación inherente al acto quirúrgico y a las condiciones basales de la paciente A.M.V.G. en el contexto de claros *factores de riesgo no modificables* (obesidad y 2 cesáreas previas) para infección. No existe tecnocientífica alguna razón por la cual ella tuviera que suspender su periodo de lactancia. Todo lo contrario, este se retoma apenas están las madres nuevamente disponibles.



Rechazamos la declaración de “menos aún cumplir con sus obligaciones de esposa”. Las obligaciones en pareja son mutuas equilibradas, distribuyéndose en derechos y deberes por igual para lograr contribuir al goce efectivo de la autonomía de cada uno, en la medida en que la ayuda mutua permita desarrollar libremente el proyecto de vida escogido en general. Pero también se refiere a la solidaridad, al apoyo y al cuidado cuando uno de ellos se enferma. No creemos que se refiera el demandante a relaciones sexuales o responsabilidades domésticas, pues de seguro sabe que estas no son obligaciones de una ni otra persona en la relación matrimonial, sino un libre y responsable darse y colaborar entre la pareja. Como requisito normativo, a lo único a que están obligados los cónyuges es a vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente; y en ésta caso particular la obligación caía en el esposo de cuidar a la paciente señora Angélica María Villareal García, una vez llegó a su hogar, luego de ser salvada gracias a la buena labor de todo el equipo profesional de la Clínica Versalles.

En relación a la necesidad de permanecer hospitalizada por más de un mes es importante resaltar el compromiso de los profesionales en el manejo de todos los pacientes y más en este caso particular donde se tomaron conductas y manejo interdisciplinario en el tiempo requerido para la adecuada recuperación, manejo exitoso y salvar la vida de la paciente A.M. Villareal García. De acuerdo a esto, posterior a la cirugía realizada el 12 de febrero, 2009, por el abordaje requerido y dado los hallazgos debió permanecer con abdomen abierto lo cual es un manejo avalado científicamente como estrategia para el control de daños en los causas de traumatismo, sepsis, isquemia entre otros y en la cual entre sus beneficios se encuentra la reducción de tiempo quirúrgico, identificación temprana de complicaciones, evacuación de secreciones, colecciones y acceso rápido a la cavidad abdominal en caso de requerirlo¹⁴. Adicionalmente requirió de ventilación mecánica (intubación orotraqueal) y por tratarse de una cirugía mayor (tiempo de recuperación mayor y exige la necesidad de terapia en cuidados intensivos) fue necesario trasladar a unidad de cuidados intensivos, llevada en múltiples ocasiones a revisión de cavidad abdominal y lavados, documentando el 17 de febrero, 2009 cavidad abdominal limpia y posteriormente el 20 de febrero, 2009 se logra exitosamente cerrar la cavidad abdominal y retiro de la ventilación mecánica; de esta manera y tras – reiteramos, un exitoso manejo de una grave enfermedad y estado crítico - el 24 de febrero, 2009, habiendo logrado adecuada evolución clínica y paraclínica (laboratorios), se da salida de la UCI para continuar vigilancia y manejo en sala de hospitalización – lo que se llama desescalonamiento - donde continuó con evolución hacia la mejoría clínica además referido por la misma paciente, tolerando vía oral y deambulación por lo que se dio salida el 11 de marzo, 2009 con órdenes para continuar hierro oral en casa y curaciones ambulatorias.

¹⁴ Abdomen abierto o laparotomía contenida. Aspectos actuales. Multimed, vol 23 no 1. Grandma ene-feb 2019. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000100189



Con lo anterior es claro su señoría que el tiempo que debió permanecer hospitalizada fue el necesario para corregir, estabilizar, tratar y mejorar la condición clínica de la paciente Angelica María Villarreal y que gracias al manejo que recibió por diferentes especialidades reiteramos que lo que se logró fue salvar su vida.

AI #14: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. La necesidad de practicar histerectomía fue en ocasión a la infección severa con infección avanzada y compleja, advirtiéndose que se trataron ambos de complicaciones y conductas por **riesgos inherentes** contemplados con anticipación al suscribir consentimiento informado para la cesárea inicial. Con relación a la cicatrización, esta corresponde a una condición individual propia del organismo de cada paciente, que no depende de la buena práctica médica. Con todo lo anterior es evidente que el simplificar una atención como lo pretende hacer la parte actora, demuestra desconocimiento total de lo que implica la complejidad de la atención de un paciente donde confluyen múltiples factores del paciente, de su condición clínica y la evolución dinámica de está requiriendo así una toma de conductas secuenciales, coherentes, multidisciplinarias que generan análisis técnico científicos en múltiples ocasiones en un mismo día y así mismo las conductas respectivas.

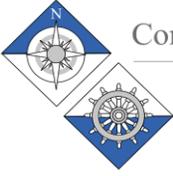
Desde distintas perspectivas y entenderes, todos podrían coincidir con nosotros en que las secuelas (algunos posteriormente corregidos) son menores contravenciones ante la grave enfermedad por complicación clínica que sufrió la paciente A.M.V.G. y por lo que pudo ser mucho peor. Sinceramente estamos felices y orgullosos que al pudimos retornar a su esposo, sus hijas y al hogar; son estos valiosos aportes sociales que llenan de satisfacción a todo el equipo institucional y profesional de la Clínica Versalles.

AI #15: No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. La buena o mala cicatrización no depende de la buena práctica médica, máxime si se advierte como lo admite en clara confesión de la parte actora la presencia de tejido adiposo de pared abdominal de la paciente (obesidad) previamente conocida.

AI #16: Cierto.

HECHOS Y RAZONES DE DERECHO DE LA DEFENSA

Sobre los hechos y pretensiones que son motivo de la demanda e invocados como fundamento de la Acción, y en los que supuestamente se hace consistir la Responsabilidad por daños y perjuicios con ocasión de atención medico quirúrgica brindada a la señora ANGELICA MARIA VILLAREAL GARCIA, los cuales se enmarca dentro del régimen de la Responsabilidad Medica, deberá probar la parte actora, si efectivamente se produjeron en desarrollo o como consecuencia de una actividad o conducta de contenido culposo, generado por acción u omisión de orden sustancial en la atención medica brindada por el equipo médico de CLINICA



VERSALLES S.A., que participo en la atención, tratamiento y procedimientos realizados a la paciente.

Advertimos desde ya, dando respuesta a las consideraciones jurídicas que deja entrever en la formulación de hechos la parte actora, que no tiene aplicación al caso en estudio, puesto que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinaria entrañe sendos riesgos de estirpe médico – terapéutica, también denominada **alea terapéutica** que corresponde definir como *“la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia.”*¹⁵

Reacciones o circunstancias que constituyen riesgos que se han estimado, en mayor o menor proporción, con naturaleza del acto médico dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, las condiciones de salud presentes, estado nutricional, los antecedentes genéticos y patológicos del paciente¹⁶.

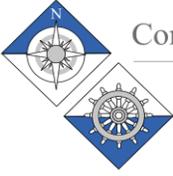
No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencia lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. El equipo médico como en este caso por antonomasia procuro 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.

A la paciente ANGELICA MARIA VILLAREAL GARCIA, se le brindo la atención medica que requería de acuerdo a la condición de salud que demandaba la atención que se le brindo conforme con su evolución de la condición de base, como más adelante pasamos a verificar, sin que exista evidencia científica cierta o probatoria que permita siquiera inferir que las complicaciones que presentara la paciente pudieran tener origen en mala práctica médica en la atención brindada por el Equipo de profesionales de salud. Máxime si se sabe de una parte que la *Obligación* en materia medica que le incumbe en este tipo de servicios es de *Medios*¹⁷. Pues si se pretendiera considerar que la obligación medica es de resultado, desconociendo su

¹⁵ Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibañez 2008. Pag 380.

¹⁶ Cita Carlos Ignacio Jaramillo, Responsabilidad Civil Médica. Ciencias jurídicas. Universidad Javeriana, Pág. 161.

¹⁷ Reconocimiento doctrinal, jurisprudencial y legal en el Artículo 104 de la ley 1438 de 2011, que modificara la ley de talento humano artículo 26 ley 1164 de 2007



naturaleza sería tanto como aplicar la *responsabilidad objetiva* en este campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en esta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente, y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad prestadora del servicio o su equipo médico.

Como se expresa y queda más que claro en la respuesta de hechos es imposible decir que los médicos actuaron con negligencia y menos impericia pues todo el equipo de salud integral estuvo orientado siempre en propender por la salud de la paciente e intervenir en cada una de las complicaciones presentadas por esta, ante el síndrome adherencial severo consecuencia de su predisposición inmodificable y el antecedente de cesáreas (2) No hubo impericia pues todas y cada una de las acciones realizadas por el equipo de salud fueron acordes a la presentación y evolución clínica dinámica presentada por la paciente y de ninguna manera hay que olvidar que la paciente presentaba factores inherentes inmodificables que fueron determinantes en la evolución y el riesgo de complicaciones como son: antecedente de (2) cesáreas, predisposición a adherencia (síndrome adherencial severo el cual no es diagnosticable previo a una nueva intervención, no previsible o prevenible) y obesidad (aumenta dificultad quirúrgica) aunados a los riesgos propios del nacimiento y la cirugía cesárea también indicada.

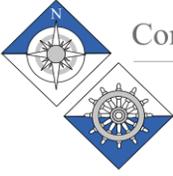
Es claro que la parte actora desconoce totalmente el ejercicio de la medicina al plantear siquiera que en medicina se pueda conjurar cualquier eventualidad de riesgo, teniendo en cuenta que en este arte se conjugan un sin número de factores que a pesar de toda la experticia, idoneidad, el conocimiento y los recursos tendientes a mejorar o intervenir los riesgos es humana y científicamente imposible controlar su presentación, identificación y más aún aparición relacionada con la diversidad de la condición humana.

Todos los eventos referidos en este hecho constituyen según la misma literatura médica riesgos inherentes la realización de una cesárea.

Las oportunidades en el tratamiento médico, la cesárea, la intervención quirúrgica posteriores y la histerectomía final, plenamente justificada, permiten establecer que fueron medidas salvadoras de la paciente, la cual se encuentra actualmente en buenas condiciones generales y gozando de la compañía de su familia.

A LAS DECLARACIONES Y CONDENAS

Con fundamento en la contestación de la demanda, por considerarlas infundadas, por no existir causa, ni nexos causal, ni culpa, ni falla institucional o daño indemnizable, no hay obligación alguna pendiente. Nos oponemos a todas y cada uno de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a la CLINICA VERSALLES S.A. con ocasión de la Acción de Reparación que promoviera ante esta instancia ANGELICA MARIA VILLAREAL GARCIA, con lo cual estamos significando que las condiciones de salud presentes en la paciente no tuvieron su origen



en la conducta Profesional Médica, pues esta fue la adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual, pues se cumplieron los procedimientos esperados habiéndole prestado a la paciente la atención médica necesaria a través del servicio de salud que requería con lo cual estamos indicando que la condición de salud corresponde a un evento de difícil previsión que se tornara irresistible, sin que este haya tenido su origen en conducta profesional sino que sobrevino como un caso de fuerza mayor que escapo a toda voluntad humana por parte de los profesionales médicos.

En ese orden de ideas no es correcta la pretensión en cuanto que haya habido incumplimiento al punto de imputar la evolución de su condición clínica como resultado de una atención médica en la que se garantizara que se trataba de un procedimiento que no tenía mayores riesgos. En ningún momento se indicó que el procedimiento no tenía riesgo, al contrario, se firmó un consentimiento informado¹⁸ donde se explica claramente que la cirugía no está exenta de riesgos.

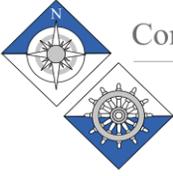
La paciente era consciente que no se le garantiza el resultado que se espera del procedimiento quirúrgico, advirtiéndole que el cirujano realizara las intervenciones necesarias con la mayor diligencia y cuidado para el buen resultado de esta y que el cirujano queda autorizado para practicar los procedimientos adicionales que llegaren a ser necesarios.

En el caso objeto de análisis particular no existe ninguna omisión u acción que pueda calificarse como negligencia o impericia por parte del equipo médico tratante. Por el contrario, la experiencia del equipo médico, avalan la idoneidad y competencia de los profesionales y garantizaban la seguridad del paciente con un manejo adecuado, científico y pertinente del caso.

Se advierte que en todo caso como se podrá verificar de la contestación de los hechos y excepciones de fondo, así como del material probatorio no existe una responsabilidad médica de carácter civil. No existió omisión alguna de los deberes en la atención del paciente por parte del equipo médico e Institucional. Por otra parte, no existiendo negligencia alguna ni daño antijurídico, no hay lugar como consecuencia jurídica a reconocer al paciente reparación económica alguna a ningún título, Por lo que se reitera como se explicó y se podrá verificar

¹⁸ Consta en el Consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos suscrito por la paciente previo a la cirugía:

1. En B. Declaración del paciente: *“Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Además me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que me van aplicar. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.”*
2. Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
3. Igualmente suscribió la paciente consentimiento para procedimiento anestésico.



probatoriamente, la complicación suscitada constituye un riesgo inherente, por lo que lo acaecido a la paciente no constituye desde la faz jurídica un daño indemnizable.

EXCEPCIONES DE FONDO

A. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA

Frente a la inconformidad del tratamiento médico que formula la parte actora debemos hacer franca oposición por cuanto la argumentación no encuentra respaldo probatorio ni jurídico para que prosperen las pretensiones de la parte actora. Pues como se podrá establecer el proceder del equipo médico fue de conformidad con la diligencia y cuidado recomendado, en tratándose la actividad médica como una actividad de medio y no de resultado como amplia y reiteradamente ha sido reconocida tanto por la jurisprudencia¹⁹ como por la doctrina. Y la misma ley así lo establece en la ley 1438 de 2011 artículo 104, que modificara la ley de talento humano artículo 26 ley 1164 de 2007. Reconociendo igualmente la autonomía profesional y discrecionalidad científica (artículo 105 ley 1164 de 2011)

1. LA CLINICA VERSALLES NO INCURRIO EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL. CONSECUENTEMENTE PROPONGO COMO EXCEPCION LA INEXISTENCIA DE RELACION DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER INSTITUCIONAL Y LOS ACTOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y EL RESULTADO QUE AFECTARA A LA PACIENTE.

Siendo la ciencia médica, una ciencia en construcción, una ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.²⁰

Pues recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los

¹⁹Sentencia de Enero 30 de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez.

²⁰ Gonzalez Moran, La responsabilidad civil del médico pag 96



profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El médico dado el criterio de discrecionalidad científica debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad médica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

En ese sentido el Consejo de Estado con ponencia del Mg. Alier Hernández²¹ coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento reciente expreso: *“Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López²² previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar”*.

De acuerdo con el criterio médico, el equipo médico optó al realizar las cirugías por procedimientos cuya complejidad técnica se ajustó a los parámetros indicados, correspondió a lo que indica la ciencia médica para el caso específico, siendo idóneo en su campo, luego la complicación que sobreviniera no se puede enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño, sino que corresponde a complicación quirúrgica denominado riesgo terapéutico inherente a este tipo de procedimiento quirúrgico y que así aparece descrito en la literatura médica para casos como el de esta paciente y tal resultado. Analizados los medios utilizados, se encuentra que estos estuvieron debidamente empleados.

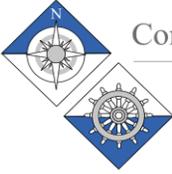
Todo ello lo que nos está significando es que no hay evidencia que permita considerar que el Equipo médico obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que su conducta fue adecuada y diligente, a la expectativa de comportamiento para el momento de proceder quirúrgicamente en las cirugías practicadas en Clínica Versalles y el control y manejo de su evolución, impulsando la conducta terapéutica acorde con la evolución.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY.

La excepción propuesta se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

²¹ Consejo de Estado, Alier Hernández E. Nov. 8/01

²² Ataz Lopez, Joaquín. Los médicos y la responsabilidad Ed. Montecorvo, Madrid, 1985 pag.307, 308.



“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico.”

En efecto el resultado que evidenciara la paciente aun con el tratamiento indicado, constituyo para el equipo médico un fenómeno de irresistibilidad dentro del campo de la práctica médica, el profesional que suministrara la atención al paciente es profesional de reconocida idoneidad y amplia experiencia para quien tal efecto dañoso se tornó en inevitable, pese a haber adoptado las medidas conducentes tendientes a disminuir cualquier riesgo sobreviniente; la historia clínica y la literatura científica así lo confirma.

El actor pretende edificar una culpa y una consecuencia indemnizatoria sin importar su origen, esquema jurídico propio de las responsabilidades objetivas dentro del marco de las actividades peligrosas, circunstancia que no puede ser de recibo en el presente caso, máxime que la actividad médica constituye un concepto tridimensional que entremezcla la técnica, la ética y el derecho, y que permite concebir una relación eminentemente contractual, en virtud de la afloración de una estipulación a favor del paciente, por manera que entre la clínica (estipulante) y el médico (promitente) se celebra un contrato a favor del enfermo (beneficiario). De esta doble relación es que surge el concepto de responsabilidad médica de naturaleza contractual.

Adviértase que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinaria entrañe sendos riesgos de estirpe médico –terapéutica (alea terapéutica), los que se han estimado, en mayor o menor proporción, con naturaleza del acto médico dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos del paciente²³.

No es suficiente que se dé una causalidad material, debe verificarse una causalidad jurídica para verificar la responsabilidad civil médica. Ya que 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, 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. El médico como en este caso por antonomasia procuraba preservar no solo su salud sino también salvar la vida de su paciente (medicina curativa) y no

²³ Cita Carlos Ignacio Jaramillo, Responsabilidad Civil Médica. Ciencias jurídicas. Universidad Javeriana, Pág. 161.



menoscabar su integridad física mental, pues recordemos que la paciente cuando acudió de manera consciente en procura de que le brindaran atención médica para su condición de salud que evidenciaba un compromiso que demandaba tratamiento quirúrgico, que como terapéutica estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente.

En ese sentido la Corte Suprema precisó que “ *ciertamente, el acto médico quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero este, al contrario lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha asignado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tienen fundamentos éticos, científicos, de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesaria para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no solo por el principio de solidaridad social como deber ciudadano impone la Constitución, sino particularmente “por las implicaciones humanísticas que le son inherentes al ejercicio de la medicina”*²⁴

Si bien el médico puede prestar sus servicios directamente sobre el cuerpo humano y en su intento de curar al enfermo lo interviene y produce alteraciones, laceraciones y mutilaciones mediante el empleo de medicamentos, instrumentos y procedimientos quirúrgicos, lo hace precisamente para restablecer la salud del paciente, para ver de aliviar los padecimientos en que consiste su dolencia, para curar el mal que lo aqueja, en fin para conjurar un estado de cosas perjudiciales.²⁵

En sentido análogo el Dr. Fernando Guzmán Mora señala que la medicina es esencialmente una vocación y una profesión de servicio, el daño que se puede producir en el organismo del enfermo es consecuencia del objetivo mismo del acto médico: Restablecer la salud del paciente, aliviar los efectos de las enfermedades, prevenir complicaciones de la misma, luchar contra la muerte o rehabilitar los efectos de las lesiones de cualquier tipo.

Sobre dicha materia la doctrina foránea ha expresado “*El riesgo profesional, de suyo existente, no es puesto en acción por los médicos o por los establecimientos sanitarios. No hay un actuar espontáneo de los facultativos o de los entes (per se). Por el contrario, es el enfermo quien con su salud quebrantada reclama imperiosa o necesaria asistencia, y reclama que se ponga el riesgo médico en acción, riesgo este que por lo demás, es imprescindible para aventajar el estado de salud del paciente o para salvarle la vida.*”²⁶

Es obvio pues, que las condiciones particulares de esta paciente, así como los **riesgos inherentes** a dicho tipo de intervención quirúrgica constituyeron factores de riesgo, sobre los

²⁴ Sentencia de Enero 30 de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez.

²⁵ Responsabilidad Civil Medica, Ensayo crítico de la jurisprudencia en Revista de la Academia Colombiana de Jurisprudencia, Numero 300-301 de Santa fé de Bogotá Pág. 62.

²⁶ Responsabilidad Civil de los Médicos. Alberto Bueres. Buenos Aires 1997.



cuales de manera anticipada no se podía inferir o garantizar que pudiera sobrevenir un resultado insatisfactorio, por lo que la ocurrencia del resultado que motiva la inconformidad y que le da impulso a la demanda, constituye desde la faz jurídica un evento denominado fortuito por ser riesgo de difícil prevención (no se sabe en qué casos va ocurrir o no) y que se tornó en irresistible y por ende inevitable pese a la buena práctica médica como probatoriamente se podrá verificar en el proceso, con lo cual estamos significando que ha de prosperar las excepciones propuestas.

3. EXONERACION DE LA CLINICA VERSALLES POR CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO BRINDADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ADSCRITOS.

La paciente quien fuera atendido por el Equipo médico fue operada conforme el diagnóstico inicial, indicado de acuerdo con la información y las ayudas diagnosticas obtenidas. Al equipo médico le correspondió atender, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios de individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de **medio** y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente puede alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico:

"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente 11.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros) En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T-645 de noviembre 26/1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.



Por su parte la Corte Suprema Ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio. (Sentencia de enero 30/2001 M.P. José Fernando Ramírez.)

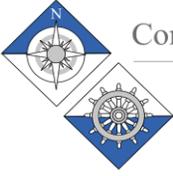
4. EXONERACIÓN POR ESTAR PROBADO QUE EL EQUIPO PROFESIONAL DE SALUD DE CLINICA VERSALLES EMPLEO LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO.

Por cuanto el objeto de la obligación del Equipo médico se desarrolló dentro de los lineamientos que la técnica médico-científica acepta y recomienda como tratamiento para la enfermedad que evidenciaba la paciente, en el estudio puesto de presente. La paciente fue atendida a lo largo de su compromiso por profesionales médicos idóneos, calificados y de forma diligente y oportuna, la labor de los profesionales de la salud se desarrolló dentro de lineamientos esperados. Debemos destacar que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas los resultados de éstos procedimientos médicos podrán ser esperables, pero nunca predecibles, ya que ningún cirujano por más experto y hábil que sea puede garantizar previo a la intervención o al tratamiento un resultado ciento por ciento satisfactorio ya que en el mismo tratamiento se pueden presentar complicaciones o riesgos inherentes a la intervención como por ejemplo la infección o el evento que se suscitó en este caso, o bien puede derivar de características individuales del paciente ó idiosincrasia, y que pese a haber implementado en su oportunidad el tratamiento reconocido y aceptado y **basado en evidencias**, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito que constituyen un hecho muchas veces imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable o insuperable.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL.

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 RELACION DE CAUSALIDAD** entre la conducta del equipo galénico y el evento de la **complicación o riesgo inherente** que se presentara en la paciente, que nos lleve a hacer la imputación Jurídica.

Como ingrediente de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que los profesionales de la salud hayan 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 al equipo médico tratante lo respalda no solo una vasta experiencia en el área aplicable al caso, sino que cuenta con la idoneidad necesaria. El tratamiento utilizado está

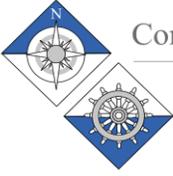


certificado por diversas Instituciones de carácter médico de reconocimiento legal que aceptan y recomiendan el tratamiento emprendido. **No hubo negligencia**, ya que aplicaron los conocimientos médicos científicos indicados y lo hicieron en forma adecuada y oportuna, sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. **Y mucho menos se dio Imprudencia**, pues dispusieron 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 exigírseles.

6. CASO FORTUITO

En el caso en estudio la relación de causalidad entre la conducta medica e institucional y el resultado de la salud del paciente se ve interrumpida por la configuración del caso fortuito, circunstancia esta que se define, como aquella que no ha podido preverse, o que siendo prevista no haya podido evitarse, lo cual significa que escapa al poder o capacidad humana lo que constituye lo insuperable.

En efecto se tiene dicho que no debe perderse de vista que también la ciencia médica tiene sus limitaciones y que en el tratamiento clínico o quirúrgico de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo riguroso o a las previsiones más prudentes y por ende obliga a restringir el campo de la responsabilidad. Consecuentemente la falta de éxito el agravamiento del estado del paciente, la aparición de complicaciones o preexistencias, en la medida que no obedecen a la gestión culposa del propio galeno, y que en cambio son atribuibles a las limitaciones propias de la ciencia médica frente a la etiología y solución anticipada, constituye contingencias puramente aleatorias del curso de la patología o enfermedad, que le son absolutamente irreprochables frente al actuar médico, pues cuando como consecuencia del propio estado de salud del paciente o de sus especiales reacciones orgánicas, se produjeran indeseadas derivaciones, no será responsable el médico tratante en la medida que concurra en la especie las imprescindibles notas de imprevisibilidad o inevitabilidad que caracteriza todo **casus**. Que como en el caso en estudio, el trauma intervenido y la complicación derivada supero todo manejo medico implementado constituyendo así un riesgo inherente que corresponde a circunstancias inevitables dentro del manejo medico procurado y de acuerdo con el estado de la ciencia. Como lo señala el tratadista Mosset Iturraspe: *"el organismo humano puede tener reacciones, alteraciones, vicisitudes en una palabra que pueden ser calificados como "casus", verdaderos fortuitos, hechos que escapan al conocimiento científico aquilatado, verdaderos imponderables"* será así una circunstancia de inocuidad del acto médico con la consecuente ausencia de culpa.



B. EL ACTO MEDICO REALIZADO POR EL EQUIPO MEDICO E INSTITUCIONAL SE CUMPLIO CONFORME CON LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTIFICA.

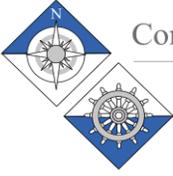
A diferencia de lo que sucede en otros campos, en el ámbito medico la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos²⁷

Como se puede observar el médico enfrenta no solo la enfermedad, sino todo un conjunto de circunstancias del paciente, de su entorno social, familiar y económico y de tipo particular o intrínseco también llamado idiosincrásico de cada paciente. Por ello, los protocolos de manejo que hoy son esgrimidos como herramienta probatoria a efecto de determinar la imputación o responsabilidad, constituyen en principio solo guías para acreditar la diligencia implementada en su actuación, pero no suficiente. Es de destacar que una patología puede tener diferentes normas de atención en su manejo, según la escuela reconocida.

Dentro del marco de la **lex artis** se trata de determinar si la acción ejecutada se ajusta a lo que “*debe hacerse*”, lo cual significa un criterio más o menos unánime, una costumbre reconocida o científicamente aprobada por el conglomerado médico. Los procedimientos, así concebidos, son aceptados por la literatura, donde encuentra su soporte y se mantienen vigentes como verdades que desafían el tiempo, hasta que aparece otra alternativa que resulte mejor en muchos aspectos y que por tanto se hace necesario adoptar. Es el caso de las Escuelas médicas, donde un grupo de especialistas soportan y difunden una determinada técnica o procedimiento que puede alternar con otra escuela, cada una de ellas útil desde un punto de vista y al hacer el análisis, ambas deben ser aceptadas como posibilidades viables. Ahora bien, el apartarse de la *lex artis* no debe entenderse necesariamente como infracción del deber de cuidado, pues la *lex artis* solo describe el contexto empírico en el que el juez debe formar el juicio de valor. Por qué en el caso específico de que se trate se puede demostrar la corrección del comportamiento médico que se aparta de las reglas reconocidas, máxime si consideramos que el deber de cuidado se mide de acuerdo con la capacidad individual y los especiales conocimientos del profesional que le puede llevar en el caso concreto a un juicio distinto del comúnmente aceptado. Por eso, la “*experiencia decantada, no limita la medida del conocimiento y capacidad que el obligado tiene que aplicar.*” (Cita de Stratenwerth²⁸).

²⁷ Choclan Montalvo, J. Antonio, Deber de cuidado y Delito imprudente, Bosch, 1998. pag 169.

²⁸ **la *lex artis* comprende aquellas reglas basadas en la experiencia y aceptadas por la mayoría de la comunidad de expertos, deducidas del examen de casos similares. La *lex artis*, entendida como norma técnica, debe referirse siempre, allí donde existan, las máximas de reconocimiento general sin que pueda venir determinada por la iniciativa individual del profesional al amparo de la libertad del método. Concepto que expone J. A Choclan M, en alusión a Romeo Casabona en su texto El médico y el Derecho penal, Madrid 1985 pag .70**



Concluyese de lo anterior en términos de Martínez Calcerrada que en materia medica es válida la afirmación de que a “*cada acto, una ley*”, en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección, es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente, la preexistencia de una *lex* que así lo juzgue o, incluso, y en razón de la peculiar gestación de este en relación con aquel, se podría hasta opinar que es el mismo acto el que genera, por una especie de mecanismo de autorregulación, su propia ley, con la que indefectiblemente, habrá de enjuiciarlo.

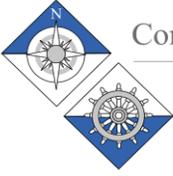
En ese sentido nos identificamos plenamente con los conceptos expuestos por Celia Weingarten²⁹ al indicar que, únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado. Solo la ciencia legitima la comprobación de un curso causal que desde el antecedente lleve al consecuente. Ello por cuanto el hecho humano medico presenta un contenido esencialmente científico que tiene sus propias reglas y principios.

Ese contenido específico de la medicina impone que el hacer profesional del médico se integre con los métodos, técnicas y procedimientos establecidos por la ciencia médica, desarrollando una conducta acorde con la misma, sin perjuicio de la **Discrecionalidad Científica** que le permite optar entre las distintas alternativas que la medicina admite, conforme el desarrollo científico progresivo. Comporta, por tanto, una regla de valoración científica de la conducta médica (relación de causalidad científica). De allí que el medico solo satisface (cumple jurídicamente) su prestación mediante una actividad técnica y científicamente adecuada, que normal y ordinariamente pueda conducir a cierto resultado, aunque esta no pueda garantizarse. Este enlace entre el obrar del médico y el resultado dañoso debe verificarse entonces con arreglo a un modelo científico que valore o pondere si el daño que se le atribuye se conecta causalmente

La *lex artis* como norma, de complejo encaje en el ordenamiento, se contraponen su creciente importancia como estándares de conducta que pueden erigirse en criterios de imputación de responsabilidad. Al respecto destaca Jakobs que “*tampoco es conveniente fijar legalmente un estándar en aquellos casos, como de nuevo, en el campo de la medicina, en los que se produce una evolución permanente. Por ello, la regla profesional reconocida, la *lex artis*, sustituye en estos ámbitos al precepto jurídico.*” En *La Imputación objetiva en Derecho penal*. Bogota, 1995. pag 26.

En tal sentido José Manuel Fernández Hierro en su obra *Sistema de Responsabilidad médica*, segunda edición, Editorial Comares, Granada 1998, Pág. 217. “*En definitiva la solución de la *lex artis* es más aparente que real, porque al fin y al cabo, siempre habrá que determinar cuáles son los cuidados atentos y conscientes, que en cada caso concreto, haya que dar al paciente con arreglo a las normas actuales de la ciencia médica; y para averiguarlas, en cada supuesto específico, deberá producirse el reenvío del derecho a normas extrajurídicas, ya que ninguna ley positiva contempla la totalidad, luego este comportamiento deberá averiguarse con arreglo a normas profesionales y científicas médicas.*”

²⁹ Weingarten, Celia. *Relación de Causalidad y la Discrecionalidad Científica* Ediciones forenses. Pag.82.



con su conducta, no en el sentido de que dicha acción materialmente haya ocasionado al resultado como inicialmente venía siendo examinado, sino si lo genero conforme un criterio científico de curso causal.

Debido a la complejidad del organismo humano, ello conlleva que, ante el acaecimiento de un daño a la integridad física, pueda ser consecuencia de diversos factores del ser humano en permanente cambio, y en igual medida este se haya expuesto a riesgos de diversa índole, dado el margen connatural de imprevisibilidad que todo tratamiento representa, o por ser consecuencia del normal riesgo médico, de allí que no todo resultado insatisfactorio sea atribuible al accionar médico³⁰.

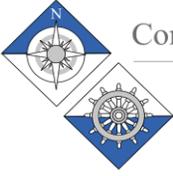
Pues esta visto, aparecen dos circunstancias condicionantes que exceden el conocimiento científico. Como son la exposición al riesgo natural y el riesgo terapéutico.

La medicina como ciencia que es, concibe métodos científicos de acceso al conocimiento que constituyen su contenido y sobre el cual los científicos polemizan y tratan de avanzar en la búsqueda de nuevos horizontes en pos de un desarrollo superador. Tales contenidos constituyen caminos alternativos y avances progresivos, que hacen o producen la vejez o lo inadecuado de algunos de esos caminos. Quiere decir que mientras no sean controvertidos o cuestionados racionalmente y descalificados, seguirán teniendo vigencia conservando su legitimidad. En tal sentido el epistemólogo de la ciencia Karl Popper señala que es la comunidad quien evalúa y decide, por lo cual el derecho a la discrecionalidad se legitima desde la sociedad hacia el profesional, constituyendo así un monopolio del saber, al someter al estudio de la ciencia en particular a reglas de enseñanza universitaria y a requisitos que debe optar para alcanzar el título que acredita en principio la idoneidad.

Constituye así la discrecionalidad científica el lindero que le concede al profesional un marco conceptual, el cual el juez debe respetar y no puede desconocer sobre base de la convicción subjetiva. Sobre tal consideración el autor Alemán Armin Kaufmann expone:

“Si subsiste una ley causal conforme a la cual pudiera llegar a subsumirse el suceso concreto, discutible en círculos especializados determinantes, entonces el juez no está autorizado, con todo a fundamentar su decisión por la vía de la formación de la convicción subjetiva y con ello en el lugar de los círculos especializados determinantes, decidir si realmente existe o no la ley causal científico natural. Esto solo es de competencia de la correspondiente disciplina científico natural. Las leyes causales solo deben ser aplicadas por el juez, cuando hayan alcanzado reconocimiento general dentro de los círculos

³⁰Destacamos el trabajo de investigación que en esta materia realizaron los autores José Gregorio Mesa Azuero y Martha Cecilia Agudelo Yepes titulado Daño vs. Resultado insatisfactorio aplicación al estudio de Responsabilidad Medica publicado en Casos Forenses 11 Señal Editora Edición 1999. pag 7 a 28. En que se hace una clara distinción entre los eventos denominados latrogenia, Accidente, complicación y mala práctica.



*determinantes de los investigadores científicos. Solo el juez puede decidir sobre esto. Por lo demás, las leyes causales han sido privadas de su formación de convicción subjetiva*³¹

C. IATROGENIA INCULPABLE POR RIESGO INHERENTE

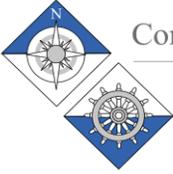
En medicina lo que denomina el actor daño antijurídico en realidad corresponde a una alteración, disminución o pérdida de una estructura anatómica o funcional que se presenta como resultado de una patología o con ocasión de un acto médico, sin pretender definir una responsabilidad jurídica y mucho menos pretender la reparación jurídica de un resultado insatisfactorio para un paciente y/o familia.

En medicina no solo se trata de procurar mejorar o curar, de atender un complejo proceso fisiológico o fisiopatológico, así como lo que encierra ello en la estructura mental o psíquica del paciente que influye en la apreciación del resultado. De ahí la sabiduría jurídica al advertir que la medicina como ciencia no es exacta. Y aunque está sometida al método científico, no podrá exigirse el cumplimiento del resultado deseado, pues aunque un final favorable sea esperado por todos, incluido el galeno, el resultado es producto de una serie de condiciones y variables que no pueden ser totalmente controladas.

En el caso objeto de análisis se tiene que se da un resultado insatisfactorio, pese a que se actuó adecuadamente conforme los cánones médicos o también llamada la *lex artis* o norma de atención aceptada. Luego lo acaecido en este caso que la paciente presenta en el postoperatorio infección, constituyen riesgos inherentes reconocidos por la literatura científica mundial como complicaciones que se pueden llegar a manifestar, constituyendo resultado insatisfactorio, que son de presentación inconstante, es decir que así como lo describe la literatura médica estadísticamente se puede llegar a presentar en un porcentaje determinado de pacientes, lo que significa que con ocasión de la atención médica en algunos pacientes se ha de presentar y en otros no. Pudiendo hacer su manifestación de manera temprana o tardía. No siempre evitable ni controlable pese a una buena práctica médica. Por lo que se le puede presentar aun al más idóneo y competente de los profesionales. Lo que implica en todo caso una buena práctica médica.

Se tomaron las previsiones para que los eventos que pudieran afectar la salud no tuvieran ocurrencia, ni los efectos secundarios que pueda conllevar el tratamiento o los riesgos que lleguen a sobrevenir como propios se logren superar de manera satisfactoria. Sin que por ello se traduzca en culpa médica, como lo sustentan los estudios de la literatura científica.

³¹ Cita #13 de Armin Kaufmann, JZ 1971,572 que la hace Hans Joachim Rudolphi en su obra Causalidad e Imputación Objetiva, Universidad Externado de Colombia, 1995.

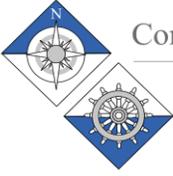


La patología o la agravación del estado de salud como complicación, constituye un resultado desafortunado, entendido como daño anatómico médicamente hablando y este puede ser la muerte del paciente., sin embargo como bien lo señala en consideración que hace el connotado profesor E. RAUL ZAFFARONI en razonamiento aplicable al caso en estudio: *“Cuando se requiere una intervención quirúrgica terapéutica se presupone que hay un daño en el cuerpo o en la salud, o por lo menos una inminente amenaza de daño que la intervención tiende a neutralizar. Si se logra efectivamente dicha neutralización aunque no se obtenga un restablecimiento total de la salud o de la integridad física, pero se obtenga su conservación o mejoría puede considerarse que se trata de un resultado positivo. Igualmente cuando se hace necesario mutilar un órgano o miembro es porque se halla dañado y no es la intervención quirúrgica la que daña sino la que circunscribe el mal por el único procedimiento técnico que resta. Lo mismo cuando debe quitarse un órgano para que otro funcione adecuadamente, el daño en el cuerpo o la perturbación de la salud ya existen y la intervención persigue el fin de evitar su mayores consecuencias dañosas.”*³² Y agrega más adelante: **“si el medico ha obrado conforme a las obras del arte médico, aunque la intervención haya tenido resultado negativo, su conducta será atípica.** De allí que para la interpretación de la culpa típica en la lesión quirúrgica sea necesario referirse al concepto de reglas del arte medico cuya violación implica inobservancia del deber de cuidado, pero en modo alguno esa violación es suficiente para configurar la tipicidad culposa de la conducta médica.” Y concluye *“la afirmación de la obligación asumida por el médico en la atención al enfermo es de medios y no de resultados, reiterada en nuestra jurisprudencia es certera, pero la mera desatención de los “medios “ no es suficiente para configurar una conducta típica culposa al no mediar un “resultado negativo” del que la conducta haya sido determinante”.*

“El médico no puede prometer, asegurar ni garantizar la cura del enfermo la recuperación de su salud o un resultado deseado por el paciente. Por lo tanto, el único resultado que puede ofrecer es que pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución. Si el objeto del acto médico es una simple “alea”, si su existencia no depende de la voluntad y acción directa del deudor, sino que, en todo o en parte está condicionada por el azar, nos encontramos frente a lo que los Romanos llamaban ya la “emptio spei” (compra de la esperanza), como ocurre cuando el sujeto acude al consultorio del médico con la esperanza de obtener su curación.

En el caso sub judice el equipo médico procedió a calcular el riesgo, esto es se tomaron todas las previsiones para que los eventos que afecten la salud no tengan ocurrencia, ni los efectos secundarios que pueda conllevar el tratamiento o los riesgos que lleguen a sobrevenir como propios se logren superar de manera satisfactoria. Sin que por ello se traduzca en culpa

³² Teoría del Delito. Eugenio Raúl Zaffaroni pag. 413, 414.



médica, como lo sustenta la prueba en el caso sub judice. En ese mismo sentido los estudios y conceptos periciales o de pares académicos, al sopesar todos y cada uno de los aspectos puestos en consideración, permitirán determinar que el actuar del equipo médico estuvo enmarcada dentro del concepto de *lex artis*.

Los procedimientos terapéuticos implementados se cumplieron por parte del equipo médico dentro de las normas o cánones de atención es decir de forma adecuada, en la oportunidad posible y ajustada a los postulados de la *lex artis*.

Es necesario reconocer entonces que en la actividad medica todo tratamiento o terapéutica en mayor o menor grado de incidencia implica riesgo, y tal riesgo podrá ser de gran entidad como lesión o muerte o de mínima entidad. De allí que se pueda catalogar de **actividad de riesgo-beneficio**, calificación absolutamente distinta de actividades peligrosas como la conducción de vehículos en la que de igual manera puede sobrevenir un resultado indeseado como la muerte o lesión de un peatón, sin que por ello tal consecuencia se traduzca en una responsabilidad del conductor amén de que aparezca acreditado que el evento suscitado haya tenido ocurrencia dentro del margen de riesgo permitido, esto es dentro del rango de velocidad autorizada que constituiría la regla mínima de cuidado.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el ámbito del riesgo permitido; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar *ex ante* y no a posteriori. Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.³³

Finalmente en la misma línea de criterio la Corte Suprema de Justicia Sala Civil con ponencia del M. José F. Ramírez Gómez el 30 de enero de 2001 #5507, se pronunció en materia específica, en la que fuera exonerado de responsabilidad el medico demandado y hace una importante referencia con relación al evento de riesgo que se presenta en el caso de **iatrogenia inculpable**. En efecto, la Corte recalca que el dictamen pericial determino que la ruptura del tímpano podía tener como causa probable la *perforación* durante el procedimiento quirúrgico, pero que debía entenderse como un riesgo inherente a la operación, en razón a que la técnica misma que en estos casos debe emplearse imposibilita una adecuada visualización por la estrechez del campo operatorio.

³³Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.



Sobre la misma materia el Consejo de Estado Sección 3ª en abril 1997 #9467. Preciso igualmente: este caso constituye un típico evento de ocurrencia de riesgo médico. En el hecho el Consejo de Estado señaló que como no se había podido determinar la causa científica generadora del daño y como al mismo tiempo, se había establecido la ausencia de falla del servicio (diligencia), ello implicaba deducir que los riesgos propios de la intervención médica se habían presentado y eran los causantes del daño. Se consideró que la ruptura de la “duramadre” era un “**riesgo connatural**” a ese tipo de intervenciones y de ocurrencia frecuente, por lo tanto, un riesgo que debía soportar la paciente por cuanto ningún comportamiento irregular podía imputarse ni al médico ni a la entidad hospitalaria. En consecuencia la responsabilidad no fue declarada.

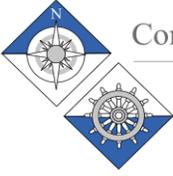
Como puede verse con los casos ilustrados, conciernen daños nuevos, producidos con ocasión del acto médico mismo, no relacionados con la enfermedad que el acto médico estaba destinado a curar, debidos a acontecimientos repentinos, añadidos por el tratamiento o intervención médica, por lo que se puede concluir que la jurisprudencia colombiana ha abordado el tema de eventos de riesgo médico, los que se han resuelto con base en posiciones y teorías elaboradas en materia de responsabilidad médica.

Por otra parte se entiende por “**riesgo**” a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Cuando aludimos al riesgo quirúrgico lo hacemos para referirnos a los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y que obedecen a la presencia de factores ajenos al acto quirúrgico, ejercicio de una influencia negativa sobre su resultado.³⁴

Ahondando en el examen del **acto médico propiamente dicho**, se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras, esto es a procurar curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirle quirúrgicamente.

Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del estado del paciente o que prevengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

³⁴ Cita de URRUTIA A.R. Responsabilidad médico-legal de los obstetra. La Rocca. Buenos aires, 2004 pag.236. en el texto Tratado de Responsabilidad Medica. Marcelo J. Lopez Mesa. Legis. 2007. Pag. 582.



Por supuesto que una ciencia tan compleja como la médica tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, amén que en muchas circunstancias parte de premisas hipotéticas que no han podido ser comprobadas con el rigor científico requerido, a la vez que tratamientos aceptados e instituidos habitualmente, están condicionados, en no pocos casos, por factores imprevisibles o inevitables. Dicha realidad se ve traducida en situaciones que escapan a la previsión y prudencias más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro de ciertos fármacos puede ocasionar en el enfermo reacciones inesperadas alérgicas, tóxicas, idiosincrásicas etc., que en la actualidad no es posible evitar con los recursos que la ciencia y la técnica médica ofrecen, como tampoco paliar algunos de sus efectos.

Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasionen un daño en el cuerpo o en la salud del enfermo, el cual no podría atribuirse al profesional de la medicina, en la medida en que no hubiere ocurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suele concluir que la llamada “**iatrogenia inculpable**”, noción que también involucra el médico terapéutico y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico –pronóstico-, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de establecer su predisposición a sufrir afecciones en la intervención quirúrgica o en el posoperatorio, para evitar o minimizar tales consecuencias.

En fin el riesgo puede estimarse “*como la posibilidad de ocurrencia de determinados accidentes médico-quirúrgicos que, por su etiología, frecuencia y características, resultan imprevisibles e inevitables*”. Desde esa perspectiva, en línea de principio, tanto el riesgo quirúrgico como el anestésico no son reprochables al galeno, por su imprevisibilidad e inevitabilidad y, por ende no suelen generar obligación reparatoria a cargo de este.

Estas reflexiones resultan útiles en la comprensión del caso aquí debatido, ya que el Tratamiento, en un sentido amplio definido como la actividad del médico enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente (tratamiento terapéutico), o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético. En el primero de esos aspectos, que es el que interesa al caso, el tratamiento asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de



sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Aquel goza de cierta discreción.³⁵

Como corolario se puede concluir que cualquiera sea la óptica con la que se pretenda examinar el caso en particular, no se puede llegar a reprobar jurídicamente la conducta adoptada por el equipo médico, en el tratamiento a su paciente, ya que la complicación sobreviniente suscitada no puede ser estimada como un resultado dañoso, pues se presentó por las contingencias propias de la actividad desplegada como riesgo inherente y no por la causación voluntaria, siendo en tal condición irrelevante desde punto de vista de la responsabilidad civil.

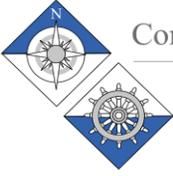
D. ORFANDAD PROBATORIA ANTE LA CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR

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*³⁶, 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. El médico como en este caso por antonomasia procuro 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 su 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 importancia, por cuanto en el ejercicio medico

³⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACION CIVIL PEDRO CTAVIO MUNAR CADENA 26 de noviembre de 2010 REF:EXPEDIENTE No. 11001 3103 013 1999 08667 01

³⁶ 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, está 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



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 Corte³⁷ que *“el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”*.

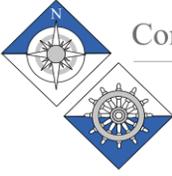
El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad medica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado³⁸ 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 médico 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”*.³⁹ 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

³⁷ Sentencia de Casación Exped. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

³⁸ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 José Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

³⁹ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



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 médico 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.

E. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONOMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.

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 mi representada Clínica Versalles s.a.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C. Gral. del P. (antes 177 C.P.C.), ha sido directa en afirmar que “**incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen**”⁴⁰, cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.

De tal suerte que sea cual sea la naturaleza de los perjuicios reclamados, estos deberán ser acreditados a su Señoría dentro del proceso, mediante los medios probatorios que se recauden a través de la actuación, a propósito de lo cual debe señalar el suscrito apoderado, que

⁴⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, 12 de febrero de 1992, C.P. Dr. Montes Hernández, actor Guillermo Enrique Benítez. Exp. 7177



brilla por su ausencia dentro del sumario, evidencia alguna que compruebe que la parte actora haya sufrido los perjuicios cuya condena solicita, en la extensión comprendida por sus aspiraciones económicas.

Así se infiere incluso de jurisprudencia relativamente reciente de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia como la sentencia SC – 035 del 13 de mayo de 2008, en Ponencia el Magistrado Cesar Julio Valencia Copete, al tenor de la cual tanto en caso de daño a la vida de relación como en perjuicio moral, se considera esta fuente de derecho como derrotero a seguir al momento de tasar este tipo de daños, en los siguientes términos:

“Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma medida 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.”

En este orden de planteamientos, se destaca como precedente judicial en este sentido sentencia de casación de la Corte Suprema de Justicia, sala civil, septiembre 7 del 2.001, expediente 6171, magistrado ponente Dr. Silvio Fernando Trejos Bueno y la Sentencia de Casación de agosto 17 del 2.001, caso en el cual se indemnizó el perjuicio moral causado a una madre por la muerte de su hija, menor con tan solo 8 años de edad, por la suma de \$ 15.000.000, en los siguientes términos:

“5. En punto de los perjuicios morales de orden subjetivo, es dable reconocerlos dado que se halla demostrado que Liliana, fallecida con ocasión del accidente a la edad de ocho años, era hija de la demandante, según se halla demostrado en el proceso; por lo tanto, resulta dable presumir que dada la edad temprana de la fallecida realmente existía una relación afectiva y sentimental intensa de la cual se deduce que esa muerte le causó aflicción a la madre, además ésta se hallaba junto a su hija cuando ocurrió el suceso trágico y le correspondió sufrir igualmente ante el padecimiento de ésta antes de su deceso. Por consiguiente, se impone reconocer la existencia del perjuicio moral; de allí que siguiendo el método del arbitrio judicial para fijar el monto de la indemnización por ese concepto, estima la Corte que debe señalarse la suma de \$15.000.000, cuyo pago se le impondrá a la sociedad demandada; monto que no sobrepasa el límite señalado en la demanda.”



Guardando proporcionalidad entre el caso en cita y el litigio materia de este escrito, corresponde a su Señoría ponderar que, si en el caso materia del veredicto citado fue el mayor bien jurídico tutelado por nuestro Estado, es decir, la vida, aquel que fue indemnizado por valor de \$ 15.000.000, un bien jurídico de menor entidad, como la integridad física, deberá ser indemnizado equitativa y lógicamente en una cifra inferior, atendiendo la magnitud de los bienes que se habrían visto afectados.

Así mismo, en la mencionada sentencia de casación de la Corte Suprema de Justicia, sala civil SC – 035 de 2008, en Ponencia el Magistrado Cesar Julio Valencia Copete, se reconoció por concepto de daño moral subjetivo la suma de \$ 10.000.000, para el afectado J. E. C., quien quedo incapacitado totalmente para laborar y desarrollar diversas actividades de carácter social, familiar y personal.

Cualquiera que sea el monto en la hipótesis de una eventual condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, este debe 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.

En segundo lugar, tratándose del perjuicio de orden material, daño emergente y lucro cesante, es preciso tomar como punto que estos son tangibles y por ende son susceptibles de ser valorados pecuniariamente, luego, para la prosperidad de su reparación, de conformidad con el mencionado artículo 177 C.P.C. demostrar la extensión de los mismos.

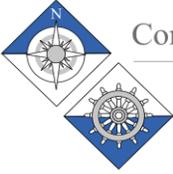
De tal suerte que no a otra conclusión se puede llegar que la ausencia de sustento probatorio idóneo en cuanto a la demostración de los perjuicios materiales se refiere, de tal suerte que será este un rubro destinado al despacho desfavorable por parte de su Señoría.

A este respecto es preciso aclarar que daño y perjuicio aun cuando son conceptos conexos, no son idénticos.

En este sentido, el profesor Benoit afirma “...*el daño es un hecho; es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación (...) el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se derivan del daño para la víctima del mismo, mientras el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada*”⁴¹

Sobre el mismo asunto la Corte Suprema de Justicia, en determinado momento se pronunció de indicando que “*el daño, considerado en si mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor; la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo,*

⁴¹ Francis-Paul Benoit. “Essai sur les conditions de la responsabilite en droit public et prive (problems de causalite et d’imputabilite)”, JCP, 1957, I, P. 1351



en su espíritu o en su patrimonio” mientras que “el perjuicio es el menoscabo patrimonial que resulta a consecuencia del daño; y la indemnización es el resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicios que el daño ocasiono”⁴².

Una y otra cita, en especial la última, nos llevan a concluir que para el caso que nos ocupa, las lesiones que enrostra la parte actora, consideradas en si mismas, no constituyen daño indemnizable.

F. LA INNOMINADA

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho en favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

P R U E B A S

Solicito al Señor Juez que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas las siguientes pruebas:

I. DOCUMENTALES

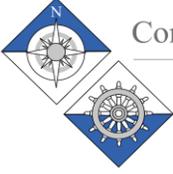
1. Poder para actuar y certificado de existencia y representación legal
2. Historia clínica (CV) de Angelica María Villareal García.
3. Hojas de vida de los doctores: José Raúl Quezada, Milton Gómez, Darío Santacruz y José Oñate.
4. Acta del Comité Municipal de Vigilancia de la morbilidad extrema y mortalidad materna de la alcaldía de Santiago de Cali de abril 15 de 2009.

TESTIMONIALES:

Para que del examen integral de la historia clínica de la paciente allegada al proceso de la CLINICA VERSALLES S.A. informe e ilustre al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso. (Signos y síntomas, diagnostico, diagnóstico diferencial, tratamiento, complicaciones, guías vigentes, etc.) y precisen el alcance del manejo del Equipo Médico y su validez científica tanto en el diagnostico como el tratamiento que se cumplió.

1. Dr. Milton Gómez (ginecobstetra)
2. Dr. Darío Santacruz (ginecobstetra)
3. Dr. José Oñate (infectologo)

⁴² Corte Suprema de justicia. Col. S.N.G., 13 de noviembre de 1943, M.P. Dr. Cardozo Gaitan.



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Quienes deberán ser citados a través de la oficina de Recurso Humanos de la CLINICA VERSALLES S.A. dirección obrante en el proceso. Todos ellos a fin de que depongan sobre lo que les conste acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, y la participación o el conocimiento que tengan cada uno en la atención brindada al paciente y en general el manejo brindado por la institución y el equipo médico.

1. NOTIFICACIONES

Mi poderdante en la que obra en el proceso y yo la recibiré en mi oficina ubicada en la Carrera 3 A Oeste 2- 43 de Santiago de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho. O mail: harold.aristizabal@conava.net o ham.conava@gmail.com

Sinceramente,
HAROLD ARISTIZABAL MARIN
C.C. No. 16.678.028 de Cali
T.P. No. 41.291 del CSJ