

Señor
**JUEZ 17 CIVIL DEL CIRCUITO
BOGOTA**

723
JUZG. 17 CIVIL CTO. 194 folios
melcorne

15748 21-JAN-'15 15:09

Proceso: Ordinario 2014-350
**Demandante: LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMIREZ
RODRIGUEZ Y OTROS**
**Demandados: Hospital Universitario Clínica San Rafael y
otros**

LAURA PATRICIA PERICO PRIETO, mayor de edad, domiciliada y residente en Bogotá D.C. identificada con la C.C. No. 52.422.999 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la T.P. No. 132.483 del C.S de la J., actuando en mi calidad de apoderada Judicial del demandado HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, dentro de la oportunidad procesal correspondiente, me permito contestar la demanda, en los siguientes términos:

A LAS PRETENSIONES DE LOS ACTORES

EL HOSPITAL UNIVERISTARIO CLINICA SAN RAFAEL, se opone a todas las pretensiones de la parte actora; debido a que carecen de fundamento factico y/o Jurídico.

A LOS HECHOS Y OMISIONES:

1. No me consta, este hecho debe ser probado por los actores.
2. No me consta, este hecho debe ser probado por los actores.
3. No me consta, Este hecho debe ser probado con los respectivos registros civiles de nacimiento, por los demandantes.
4. No me consta, Este hecho debe ser probado con los respectivos registros ci de nacimiento, por los demandantes.
5. Es cierto. Así se evidencia de la historia Clínica de la pacje ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.
6. Es cierto, según lo que reporta la Historia clínica de la p médico realizado fue una CIRUGIA BARIATRICA (SLEEVE) que culminó sin complicaciones; vale manifestar que conforme a las guías institucionales, el tipo de intervención debía ser el efectivamente realizado ya

que era la cirugía menos mórbida, **teniendo en cuenta que la demandante presentaba una EVENTRACION¹ ABDOMINAL GIGANTE.**

7. Es cierto, según lo consignado en la Historia Clínica de la Paciente hoy demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

8. Es cierto, según lo consignado en la Historia Clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, lo anterior, cumpliendo el principio de seguridad que caracteriza a la institución debió ser transfundida dado que presentó anemia.

9. Es cierto, según el registro medico realizado en la Historia Clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

10. Es cierto, según refiere la Historia Clínica a la paciente se le da salida, con recomendaciones y signos de alarma, ya que la intervención quirúrgica fue exitosa, sin complicaciones y la evolución de la paciente fue satisfactoria.

11. Es cierto, LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ ingreso al Hospital Universitario Clínica San Rafael el día 29 de mayo de 2007, a las 13:42:54, presentando síntomas como vomito y dolor abdominal.

12. Es cierto, Según lo registrado en la Historia Clínica de la demandante, pero valga aclarar que; la evolución del dolor abdominal presentado el día 29 de mayo de 2007 tenía una evolución **de 2 meses, es decir, mucho antes de la intervención quirúrgica**, realizada en la institución.

13. Es cierto, según reporte No. 58730 del 30 de mayo de 2007, a LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ se le realizo una ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, me permito poner en conocimiento del señor Juez que hay riesgos inherentes para cada caso de intervenciones quirúrgicas, la literatura médica mundial a determinado que la estenosis gastroyeyunal es la complicación más frecuente en las cirugías gástricas por laparoscopia, en los siguientes términos:

(...)” La estenosis de la gastroyeyunostomía es la complicación tardía más frecuente en la cirugía de derivación gástrica por laparoscopia, en algunos estudios como el de Nguyen y cols. se presentó en 11,4% de las cirugías laparoscópicas y en 2,6% de las abiertas (4). En otros estudios la incidencia varía entre 3 y 16,7% (1, 2, 5, 7-9). Usualmente ocurre en los dos primeros meses luego de la cirugía (10). Aún se desconoce por qué las estenosis son más frecuentes en cirugía

¹ Eventración, hernia ventral, hernia incisional, ventrocele o laparocelo a la prociencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente, distinta a los orificios naturales o preformados por donde emergen las hernias abdominales externas; estas vísceras pueden estar recubiertas o no de un saco de eventración constituido de peritoneo parietal más o menos modificado por restos fibrosos cicatriciales y/o fibras musculares.

725

laparoscópica. Se han propuesto algunas hipótesis como la tensión inadecuada de la anastomosis cuando se realiza de manera antecólica (11). Otra de las posibles causas es la presencia de úlceras estomacales que eventualmente puede causar estenosis de la anastomosis debido al proceso de cicatrización²(...)

Por lo anterior, la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ tenía pleno conocimiento de los riesgos inherentes a esta clase de intervención quirúrgica, ya que el doctor Carlos Alberto Sánchez Toro y Douglas Ortiz Espinel hablaron claramente con la paciente el día 16 de marzo de 2007 y le informaron como seria el procedimiento; y se le informo a la paciente que según la evolución medica podría ser susceptible de varias intervenciones quirúrgicas, la primera seria la sleeve o manga gástrica, una segunda cirugía eventrorrafia con malla, en el termino de 12 a 18 meses post cirugía bariátrica propuesta y tercera: cirugía plástica necesaria después de los 18 meses, por lo que de manera voluntaria y consiente la demandante firmo los consentimientos informados de cada uno de los procedimientos realizados.

14. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la paciente.

15. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la paciente.

16. Es cierto, según lo registrado en la Historia Clínica de la paciente, pero evidentemente la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ fue tratada de acuerdo a su patología, según nota de NEFROLOGIA, del 01 de junio de 2007:

PACIENTE QUIEN PRESENTA ADECUADA EVOLUCION DESDE EL PUNTO DE VISTA RENAL CON ADECUADO VOLUMENES URINARIOS, SIN DETERIORO DE SU FUNCION RENAL POR AZOADOS SE DECIDE CERRAR INTERCONSULTA"

Es decir, desde el momento en que la paciente presentó síntomas, fue tratada inmediatamente por el NEFROLOGO, teniendo en cuenta el alto riesgo de la intervención realizada a la paciente, resulta inherente a esta clase de complicaciones, las que fueron solucionadas de manera exitosa, preservando la salud de la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

2

REDDY RM, RIKER A, MARRA D, THOMAS R, BREMS JJ. Open Roux en Y gastric bypass for the morbidly obese in the era of laparoscopy. Am J Surg 2002;184:611-616.

NGUYEN NT, GOLDMAN C, ROSENQUIST J, et al. Laparoscopic versus open gastric bypass: a randomized study of outcomes, quality of life, and costs. Ann Surg 2001;234:279-291.

COTTAM DR, MATTAR SG, SCHAUER PR. Laparoscopic era of operations for morbid obesity. Arch Surg 2003;138:367- 75.

17. Es cierto, según lo registrado en la Historia clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

18. Es cierto, como se contesto en párrafo anterior, la enfermedad de la paciente fue controlada de manera inmediata, eficiente y oportuna por el NEFROLOGO de la demandada.

19. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la demandante, pero me permito manifestar a su Despacho, que dentro de las complicaciones específicas de la intervención realizada por la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ una de ellas es: **“estenosis que requiera dilatación endoscópica o reoperación”** con ello, la demandante conocía por medio del consentimiento informado suscrito por la misma paciente el día 16 de marzo de 2007 cuales eran las consecuencias inherentes a la cirugía y dio su consentimiento con plena autonomía y voluntad.

20. Es cierto, pero valga manifestar que dada la patología presentada por la paciente, la situación supuestamente presentada no iba a poner en riesgo la vida y salud de la misma, teniendo en cuenta que se estaba estabilizando a LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, por lo que el examen anterior podía esperar.

21. No es un hecho, sino una apreciación subjetiva del apoderado de la demandante.

22. es cierto, según la historia clínica a la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ se le realizó un EVDA el día 04 de junio de 2007, sin ninguna complicación, me permito referir a su Honorable despacho que todo los procedimientos realizados a la demandante fueron inherentes a la cirugía bariátrica, que la paciente tenía pleno conocimiento por que fue informada el día 16 de marzo de 2007 por parte del Doctor CARLOS ALBERTO SANCHEZ TORO Y DOUGLAS ORTIZ ESPINEL; para lo cual firmo el consentimiento informado que reza lo siguiente:

(...)” complicaciones específicas de esta intervención o procedimiento como: Fistulas intestinales, abscesos intrabdominales, infección de las heridas, obstrucción del tubo digestivo, necesidad de volver a operar por laparoscopia o en forma abierta, necesidad de dejar el abdomen abierto para practicar lavados, peritonitis, no poder hacer el bypass gástrico y recurrir a otro procedimiento similar durante la cirugía, estenosis que requiera dilatación endoscópica o reoperación”(...)

En Colombia, la Corte Constitucional en su sentencia T-401/94 establece que “toda persona tiene derecho a tomar decisiones que determinen el curso de su vida. Esta

posibilidad es una manifestación del principio general de libertad, consagrado en la Carta de Derechos como uno de los postulados esenciales del ordenamiento político constitucional”.

Consentimiento³ informado se define como: la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude

Basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible, elementos que se cumplieron a cabalidad con la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, dando su consentimiento de manera libre, consiente y voluntario, sabiendo las consecuencias y riesgos del mismo.

23. Es cierto, según la Historia Clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

24. Es cierto, según la Historia Clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ

25. Es cierto, según la Historia Clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

26. Es cierto, según la Historia Clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

27. Es cierto; La opinión reportada en la ECO ABDOMEN TOTAL realizada el día 05 de junio de 2007 fue: COLELITIASIS⁴, INFILTRACION GRASA HEPATICA, Esta enfermedad no siempre puede prevenirse, y sus causas generalmente son por comer alimentos grasosos, lo cual no tiene ninguna relación causal con el procedimiento quirúrgico realizado.

28. Es cierto, según lo reportado en la historia clínica de la demandante, es necesario que LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, fue poco colaboradora con el cuerpo asistencial,

³ Ministerio de Salud y de Protección Social.

⁴ En medicina, la colecistitis, comúnmente conocida como cálculos biliares o litiasis biliar, se refiere a la formación de cálculos en la vías biliares, sobre todo en la vesícula biliar. Son acreencias de materias sólidas que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula. La mayor parte, sin embargo, suelen ser de tamaño intermedio, es decir de menos de 20 mm, aproximadamente una pulgada. La mayor parte de estos cristales —cerca de un 80%— están constituidos por cristales de colesterol, el resto son cristales pigmentados de color negro

LA PACIENTE SE NIEGA A LA TOMA DE MEDIO DE CONTRASTE PARA REALIZACION TRANSITO INTESTINAL SE EXPLICA A LA PACIENTE PERO ELLA DECIDE NO TOMARLO POR DECISION PROPIA CONTINUA MANEJO ESTABLECIDO EN ESPERA DE TOMA DE EXAMEN"

29. Es cierto, el día 09 de junio de 2007, se le realizo procedimiento quirúrgico a la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, consistente en LAPAROSCOPIA, LIBERACION DE ADHERENCIAS, EXTRACCION DE BANDA GASTRICA, GASTRORRAFIA.

PROCEDIMIENTO:

ASEPSIA Y ANTISEPSIA, LAPAROSCOPIA CON TROCARES EN OMBLIGO, FOSA ILLACA IZQUIERDA, HIPOCONDRIO DERECHO Y FLANCO DERECHO, IDENTIFICACION DE HALLAZGOS, LIBERACION DE ADHERENCIAS, HEMOSTASIA CON BISTURI ARMONICO, RETIRO DE BANDA Y GASTRORRAFIA EN DEFECTO DE 8mms A NIVEL DESCRITO CON TRYCON 2-0 SE DEJA DREN FABRICADO CON DREN DE PERONSE Y TUBO DE TORAX, SE SACA DREN POR ORIFICIO DE TROCAR EN HIPOCONDRIO DERECHO. LAVADO Y SUCCION PREUBA DE AZUL DE METILENO FINAL NEGATIVA. CIERRE DE HERIDAS DE PIEL CON PROLENE 2-0 SE FIJA DREN CON SEDA 2-0 A LA PIEL

SANGRADO: ESCASO COMPLICACIONES: NINGUNA

30. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ

31. Es cierto, según lo que reporta la historia clinica de la paciente

32. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

33. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

34. Es cierto, aunque se hace referencia a apartes incompletos de la historia clínica.

35. Es parcialmente cierto, se hace referencia a apartes descontextualizados e incompletos de la historia clínica, pero valga aclarar que no se trato de **una neumonía nosocomial**, según historia clínica registra notación de fecha 25 de junio de 2007, de la siguiente manera:

PACIENTE QUE EN EL DIA DE AYER FUE VALORADA POR EL SERVICIO DE INFECTOLOGIA, QUIENES DESCARTAN NEUMONIA NOSOCOMIAL, NO INICIAN ANTIBIOTICOTERAPIA, TOMAN NUEVOS HEMOCULTIVOS(...)"

36. Es cierto, según lo consignado en la Historia Clínica de la paciente:

"ANALISIS: PACIENTE QUIEN CONSIDERAMOS CURSA CON SINDROME FEBRIL NOSOCOMIAL RAZON POR LA CUAL NO INICIMANOS MANEJO DE ANTIBIOTICOS Y SOLICITAMOS NUEVOS HEMOCULTIVOS, CULTIVOS PARA HONGOS BOCA, NARIZ, AXILAS, INGLES Y VAGINA PROCALCITONINA, CURVA TERMICA, ESTAREMOS ATENTOS A AVOLUCION".

37. Es cierto, según lo que registra la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

38. Es cierto, según lo que se registra en la historia clínica de la demandante, pero me permito aclarar que en los registros de la misma se hace en varias ocasiones referencia en la poca colaboración de la paciente al cuerpo médico y terapias físicas.

39. Es cierto, según lo registrado en la historia clínica de la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

40. Es cierto, según lo que registra la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

41. Es parcialmente cierto, se hace referencia a apartes descontextualizados e incompletos de la historia clínica, El día 30 de junio de 2007, se le da salida a la paciente:

PACIENTE ESTABLE SIN SIRS CON ADECUADA TOLERENCIA A LA VIA ORAL SIN SIGNOS DE INFECCION VALORADA CON INFECTOLOGIA QUIENES CONSIDERAN QUE PACIENTE NO CURSA CON PROCESO INFECCIOSO POR LO CUAL SE DA SALIDA CON TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL MANEJO POR PSIQUIATRIA SE DA SALIDA CON EUTRIXIN Y FORMULA DE VITAMINAS.

42. Es parcialmente cierto, se hace referencia a apartes descontextualizados e incompletos de la historia clínica, Efectivamente el día 09 de agosto de 2007, la demandante fue valorada por Neurología, pero no es cierto que sea un diagnostico lo que hace el especialista sino una apreciación hipotética al referirse sobre la PROBABILIDAD DE UNA POLINEUROPATIA DE ORIGEN NUTRICIONAL, donde no se descarta otro tipo de ORIGEN de dicha enfermedad.

43. Es cierto, es la información que registra la Historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

44. Es cierto, se hace referencia a apartes incompletos de la historia clínica, en la valoración realizada por neurología el día 13 de agosto de 2007, se consigna lo siguiente:

PARACLINICOS: RNM CEREBRAL NORMAL

RNM TORACICA: DISCOPATIA MULTIPLE, IMAGEN MAL DEFINIDA DE APARENTE ORIGEN PLEURAL EN EL HEMITORAXIZQUIERDO, EN RZ DE TORAX SE OBSERVA LEVE OPACIDAD MAL DEFINIDA AL PARECER DE ORIGEN PLEURAL EN BASE PULMONAR IZQUIERDA.

45. Es parcialmente cierto, se hace referencia a apartes descontextualizados e incompletos de la historia clínica, que reza lo siguiente:

PACIENTE CON DX ANOTADOS SIN SIRS TIENE PARCIAL DE ORINA DUDOSO POR LO QUE SE SOLICITA CON SONDA UN GRAM DE ORINA SIN CENTRIFUGAR SE VALORA JUNTO CON EL DR RAMIREZ QUIEN CONSIDERA LA **POSIBILIDAD DE POLINEUROPATIA CON ORIGEN CARENCIAL COMO PRIMERA ETIOLOGIA AUNQUE SE DEBE CONTINUAR ESTUDIOS POR LO QUE SE SUGIERE DESCARTAR VASCULITIS** POR LO QUE SE SOLICITA PERFIL DE AUTOINMUNIDAD POR LA HIPERFOSFATEMIA CONSIDERA DESCARTAR HIPERPARATIROIDISMO POR LO QUE INDICA SOLICITAR NUEVAMENTE FOSFORO CALCIO SERICO Y IONICO CALCIO EN ORINA(...) negrilla fuera de texto.

Es importante recalcar que no es un diagnostico sino una hipótesis pues por esa razón el especialista solicito un estudio para descartar dicha posibilidad, aunado a ello el diagnostico que se evidencia y registrado en la historia clínica, por parte de NEUROLOGIA es **POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA.**

Ahora bien, al revisar la historia clínica de la demandante presenta antes de la realización de la intervención quirúrgica un registro de fecha 13 de marzo de 2007 que consigna lo siguiente:

ENFERMEDAD ACTUAL: "OBESIDAD QUE INICIA CON EL EMBARAZO HASTA LOS 105KG POSTERIOR A CI9RUGIA DE HERNIA UMBILICAL EN 1999 COMIENZA A AUMENTAR HASTA LA ACTUALIDAD 125KG. CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPÀRADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA. PROBLEMAS

ARTICULARES, LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD. REQUIRO MANEJO CON PSIQUIATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON EL HIJO.

Obsérvese que los dolores y problemas presentados en las articulaciones son a causa de su obesidad, y no tiene relación directa con el bypass gástrico, lo que en un momento dado pudo derivarse en polineuropatía (CD anexo consulta 13/03/2007)

46. Es cierto, se hace referencia a apartes incompletos de la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.

47. Es cierto, se hace referencia a apartes incompletos de la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, para lo cual me permito transcribir:

"PACIENTE CON DX ANOTADOS, TIENE PENDIENTE PERFIL DE AUTOINMUNIDAD SE AJUSTA REPOSICION DE POTASIO POR PRESENCIA DE HIPOKALEMIA SE CONTINUA ANTIBIOTICOTERAPIA CON CIPROFLOXACINA SE TOMO URICULTIVO PENDIENTE REPORTE DE PTHSE CONTINUA SUPLENCIA CON VITAMINA B1 12 Y ACIDO FOLICO LLAMA LA ATENCION TENSIONES ARTERIALES ELEVADAS PACIENTE SIN CONOCIMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL SE CONSIDERA DE NOVO POR LO QUE SE INICIA RESTRICCION HIDRICA Y MANEJO CON IECAS SE INICIA GABAPENTIN PARA MANEJO DEL DOLOR NEURALGICO PENDIENTE CONCEPTO DE PSIQUIATRIA":

48. NO me consta, que se pruebe; me permito manifestar a su Honorable despacho que en la historia clínica de la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, desde el ingreso a la institución HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, presenta al examen físico:

T.A. 128/80 mm Hg, F.C. 70 x min, F.R: 20 x min, TEMP 36.0 C, peso 123 Kg.

CABEZ Y CUELLO: PACIENTE OBESA CONJUNTIVAS ROSADAS, MUCOSA ORAL HUMEDA

CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIMETRICOS AGREGADOS.

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO EVENTRACION GIGANTE (negrilla fuera de texto).

Esta eventración que traía la paciente desde tiempo atrás por una histerectomía provoco ciertas complicaciones al momento de la cirugía, igualmente, el condicionamiento físico y los procedimientos realizados a la demandante fueron

riesgos inherentes a la cirugía bariátrica, por lo cual la paciente tenía pleno conocimiento y firmo el consentimiento informado que reza lo siguiente:

(...)” *complicaciones específicas de esta intervención o procedimiento como:*

Fistulas intestinales, abscesos intrabdominales, infección de las heridas, obstrucción del tubo digestivo, necesidad de volver a operar por laparoscopia o en forma abierta, necesidad de dejar el abdomen abierto para practicar lavados, peritonitis, no poder hacer el bypass gástrico y recurrir a otro procedimiento similar durante la cirugía, estenosis que requiera dilatación endoscópica o re operación”(...)

Por otra parte, no es cierto que la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ padeciera de POLINEUROPATIA PERIFERICA MULTIFACTORIAL como de origen nutricional, por cuanto el concepto de neurología fue:

PACIENTE CON DX ANOTADOS SIN SIRS TIENE PARCIAL DE ORINA DUDOSO POR LO QUE SE SOLICITA CON SONDA UN GRAM DE ORINA SIN CENTRIFUGAR SE VALORA JUNTO CON EL DR RAMIREZ QUIEN CONSIDERA LA **POSIBILIDAD DE POLINEUROPATIA CON ORIGEN CARENCIAL COMO PRIMERA ETIOLOGIA AUNQUE SE DEBE CONTINUAR ESTUDIOS POR LO QUE SE SUGIERE DESCARTAR VASCULITIS** POR LO QUE SE SOLICITA PERFIL DE AUTOINMUNIDAD POR LA HIPERFOSFATEMIA CONSIDERA DESCARTAR HIPERPARATIROIDISMO POR LO QUE INDICA SOLICITAR NUEVAMENTE FOSFORO CALCIO SERICO Y IONICO CALCIO EN ORINA(...) negrilla fuera de texto.

Es importante recalcar que no es un diagnostico sino una hipótesis pues por esa razón el especialista solicito un estudio para descartar dicha posibilidad, aunado a ello el diagnostico que se evidencia y registrado en la historia clínica, por parte de NEUROLOGIA es **POLINEUROPATIA INFLAMATORIA, NO ESPECIFICADA**, se evidencia en la H.C de la paciente y que reposa en el Despacho Judicial.

49. NO es cierto; si bien la Junta regional de calificación de invalidez determinó una pérdida de la capacidad laboral en un 53.11%, también lo es que según los factores diagnosticados la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ ya padecía dichas enfermedades, como la eventración abdominal , el intertrigo; el hipotiroidismo y las otras no fueron secuelas de la cirugía bariátrica sino fueron consecuencia de la obesidad mórbida que la demandante padecía, así como se puede evidenciar en la Historia clínica de la paciente; me permito hacer un análisis del mismo:

DIGANOSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN:

ERITEMA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA- SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA

ERITEMA INTERTRIGO

HIPOTIROIDISMO- NO ESPECIFICADO

OTRAS POLINEUROPATIAS ESPECIFICADAS

Descripción de las deficiencias:

EVENTRACION ABDOMINAL

TRASTORNO GASTRICO

INTERTRIGO

HIPOTIROIDISMO

POLINEUROPATIA PERIFERICA MULTIFACTORIAL

Valga hacer una breve reseña de cada unos de estos aspectos según la literatura médica⁵ mundial sobre cada tema:

EVENTRACION ABDOMINAL:

Se denomina eventración, hernia ventral, hernia incisional, ventrocele o laparoccele a la procidencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente, distinta a los orificios naturales o preformados por donde emergen las hernias abdominales externas; estas vísceras pueden estar recubiertas o no de un saco de eventración constituido de peritoneo parietal más o menos modificado por restos fibrosos cicatriciales y/o fibras musculares.

Obesidad y particularmente la obesidad por cebamiento, que es sin duda una de las más frecuentes. En un grupo de ellos la grasa se acumula en el epiplón y en las vísceras, en su mayor parte en la aponeurosis y sobre todo los músculos son muy pobres, aparecen como estirados y adelgazados, se desgarran fácilmente sin que ofrezcan resistencia alguna. Tan pronto se abre el peritoneo aparece el epiplón que suele ser inmenso, seguido de un intestino con el mesenterio y los mesos del colon particularmente cargados de grasa. Este Tipo I de abdomen se presta muy mal para la reconstrucción y con facilidad se eventra en el postoperatorio.

⁵ Beghi, E, Monticelli, ML. Chronic symmetric symptomatic polyneuropathy in the elderly: A field screening investigation in two Italian regions. Neurology 1995; 45:1832. Partanen, J, Niskanen, L, Lehtinen, J, et al. Natural history of peripheral neuropathy in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1995; 333:89. Fuller, GN, Jacobs, JN, Guilloff, RJ. Nature and incidence of peripheral nerve syndromes in HIV infection. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1993; 56:372. Kokontis, L., Gutmann, L. (2000) Current Treatment of Neuromuscular Diseases. Arch. Neurol: 57: 939-943

La otra forma de abdomen tipo II, acumula el tejido adiposo, principalmente por fuera del plano muscular, entre la piel y la aponeurosis, donde alcanza a veces considerable espesor. Se tiene así el abdomen péndulo.

El plano muscular es normalmente resistente y bien constituido mientras que los epiplones y mesos vuelven a ser adiposos, aunque en menor grado que el tipo I.

INTERTRIGO

Es una inflamación (erupción) en pliegues y áreas adyacentes de piel que se rozan o se presionan entre sí y en presencia del calor y la humedad, y ataca principalmente a personas obesas.

Causas comunes:

El intertrigo afecta las capas superiores de la piel y es causado por el efecto macerante del calor y la humedad, la presencia de bacterias, levaduras u hongos en los pliegues de ésta. La afección es más común en personas que son obesas y también se puede observar en personas que están postradas en cama o en aquellas que utilizan dispositivos médicos que puedan atrapar la humedad contra la piel, como extremidades artificiales, férulas y corsés.

En estos pacientes es frecuente encontrar antecedentes de dermatitis seborreica. También, hay varias enfermedades de la piel que pueden hacer un intertrigo, por ejemplo dermatitis atópica o psoriasis.

El intertrigo es común en los climas cálidos y húmedos.

HIPOTIROIDISMO:

Es una afección en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Esta afección a menudo se llama tiroides hipoactiva.

La glándula tiroides es un órgano importante del sistema endocrino. Está ubicada en la parte anterior del cuello, justo por encima de donde se encuentran las clavículas. La tiroides produce hormonas que controlan la forma como cada célula en el cuerpo usa la energía. Este proceso se denomina metabolismo.

El hipotiroidismo es más común en las mujeres y personas mayores de 50 años.

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis. La hinchazón y la inflamación dañan las células de la glándula tiroides.

POLINEUROPATIA PERIFERICA MULTIFACTORIAL:

La neuropatía periférica puede ser heredada o adquirida. Las causas de la neuropatía periférica adquirida incluyen una lesión física (trauma) a un nervio, tumores, toxinas, respuestas auto-inmunes, deficiencias nutritivas, alcoholismo o desórdenes vasculares o metabólicos.

CAUSAS:

Trastornos metabólicos y endocrinológicos, Los trastornos del riñón pueden conducir a cantidades excesivamente altas de sustancias tóxicas en la sangre, provocando severos daños a los tejidos nerviosos. La mayoría de los pacientes que requieren diálisis como resultado de una falla de los riñones, desarrollan polineuropatía. Algunas enfermedades del hígado también causan neuropatías como resultado de fallas en el equilibrio de las sustancias químicas, *Los desequilibrios hormonales* pueden trastornar los procesos metabólicos y causar neuropatías; *Deficiencias vitamínicas y alcoholismo* pueden causar daños generalizados a los tejidos nerviosos. Las vitaminas E, B1, B6, B12 y niacina son esenciales para el funcionamiento sano de los nervios. Una deficiencia de tiamina se encuentra comúnmente entre las personas alcohólicas, porque generalmente éstas tienen malos hábitos alimenticios. La deficiencia de tiamina puede causar una neuropatía dolorosa en las extremidades. Algunos investigadores creen que el consumo excesivo de alcohol puede, por si solo, contribuir directamente al daño de los nervios, condición conocida como neuropatía alcohólica.

El daño vascular y las enfermedades de la sangre; Los trastornos del tejido conectivo e inflamación crónica; Los tumores benignos y cánceres pueden infiltrarse o ejercer presión dañina sobre las fibras nerviosas; *El estrés repetitivo* frecuentemente conlleva a neuropatías por atrapamiento, una categoría especial de lesión de compresión. Las actividades repetitivas, pesadas, incómodas y que requieren la flexión de un grupo de articulaciones durante períodos prolongados, puede producir daño acumulativo. La irritación que producen puede hacer que los ligamentos, tendones y músculos se inflamen e hinchen, restringiendo los conductos angostos a través de los cuales atraviesan ciertos nervios. Estas lesiones son más frecuentes durante el embarazo, probablemente debido a que el aumento de peso y la retención de líquidos también comprimen los conductos de los nervios; *Las toxinas*, Las infecciones y trastornos autoinmunes pueden causar neuropatía periférica; El virus de inmunodeficiencia humano (VIH) que causa el SIDA también produce daño extensivo a los sistemas nerviosos central y periférico; La enfermedad de Lyme, la difteria y la lepra son enfermedades bacteriales caracterizadas por daño extendido a los nervios periféricos. Aunque la difteria y la lepra son muy poco comunes actualmente en los Estados Unidos, la enfermedad de Lyme va en aumento. Puede causar una amplia gama de trastornos neuropáticos, incluso una dolorosa polineuropatía de desarrollo rápido, a menudo a las pocas semanas de la infección inicial por la mordedura de una garrapata; Las infecciones virales y bacteriales también pueden causar daño a los nervios, al

producir condiciones a las que se llama trastornos auto-inmunes, en las cuales las células especializadas y los anticuerpos del sistema inmunológico atacan los tejidos del propio cuerpo. Estos ataques típicamente causan la destrucción de la cobertura de mielina del nervio o axón (la fibra larga que se extiende hacia fuera del cuerpo principal de la célula nerviosa).

Ahora bien; Conforme lo refiere la historia clínica, la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ acudió a las instalaciones del Hospital Universitario Clínica San Rafael el 20 de marzo de 2007, presentando:

“MOTIVO DE CONSULTA: OBESIDAD MORBIDA

RESUMEN EVOLUCION: PACIENTE CON OBESIDAD MORBIDA ASOCIADO A ENVETRACION ABDOMINAL GIGANTE POSHISTERECTOMIA QUIEN SE PROGRAMA PARA REALIZACION DE CIRUGIA BARIATRICA LAPAROSCOPIACA (SLEEVE) CON PESO DE 132 KG TALLA 1.56 M IMC 46 ANTECEDENTES: HIPOTIROIDISMO EN TTO CON LEVOTIROXINA. QX: HISTERECTOMIA, RESTO DE ANTECEDENTES NEGATIVOS. AL EXAMEN FISICO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ABDOMEN CON ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO BLANDO. EVENTRACION GIGANTE PERFIL LIPIDICO: COLESTEROL 39 TRIGLICERIDOS 209 CREATININA 0.8 TAC ABDOMINAL EVENTRACION GIGANTE”

Es importante resaltar que la paciente presentaba eventración abdominal e hipotiroidismo, antes de su ingreso a la institución, pues no se puede endilgar responsabilidad por situaciones anteriores a la cirugía bariátrica, como lo ha querido hacer ver la demandante, pues el diagnóstico reportado por la Junta de invalidez son por situaciones que la señora LUZ STELLA presentaba antes de la intervención quirúrgica.

Si se observa los resultados del examen físico realizado a la paciente presentaba lípidos y colesterol un poco altos, por su enfermedad base (OBESIDAD MORBIDA) por eso presentó cuadro de COLELITIASIS⁶, INFILTRACION GRASA HEPATICA, enfermedad que no tiene relación con la cirugía practicada.

50. No me consta que se pruebe, siendo necesario precisar que en la historia clínica de la paciente registra que; antes de la cirugía bariátrica presentaba cuadro

⁶ En medicina, la coleditiasis, comúnmente conocida como cálculos biliares o litiasis biliar, se refiere a la formación de cálculos en la vías biliares, sobre todo en la vesícula biliar. Son acreencias de materias sólidas que pueden ser tan pequeñas como granos de arenilla o, en ocasiones excepcionales, tan grandes que ocupan toda la vesícula. La mayor parte, sin embargo, suelen ser de tamaño intermedio, es decir de menos de 20 mm, aproximadamente una pulgada. La mayor parte de estos cristales —cerca de un 80%— están constituidos por cristales de colesterol, el resto son cristales pigmentados de color negro

depresivo, baja autoestima, prejuicios y alteraciones del funcionamiento social de la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, dado a sus conflictos familiares laborales según registra en la historia clínica del 13 de marzo de 2007, y manifiesta la paciente que dos años antes tuvo que acudir al siquiatra. Entonces podemos concluir que su estado psicológico ya estaba afectado por su obesidad mórbida.

51. No me consta, este es un hecho que debe probarse.

52. No me consta, este hecho debe ser probado por el extremo activo de la litis.

53. No me consta, este hecho debe probarse por la demandante.

54. No me consta, las situaciones presentadas con entidades diferentes al Hospital Universitario Clínica San Rafael.

I. EXCEPCIONES DE MERITO QUE SE PROPONEN

1. IMPROCEDENCIA DE LA PRESUNTA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL ALEGADA POR LOS DEMANDANTES LINA MARIA AGUIRRE RAMIREZ, VICTOR ARTURO RAMIREZ RODRIGUEZ, LUIS MAURICIO RAMIREZ RODRIGUEZ, FABIO ANDRES AGUIRRE RAMIREZ, SONIA AHIDA RAMIREZ RODRIGUEZ, IVAN DARIO RAMIREZ RODRIGUEZ, GERMAN ANDRES RAMIREZ RODRIGUEZ EN LA ATENCION BRINDADA A LA PACIENTE LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ:

De acuerdo con el escrito de la demanda se puede concluir que los demandantes **LINA MARIA AGUIRRE RAMIREZ, VICTOR ARTURO RAMIREZ RODRIGUEZ, LUIS MAURICIO RAMIREZ RODRIGUEZ, FABIO ANDRES AGUIRRE RAMIREZ, SONIA AHIDA RAMIREZ RODRIGUEZ, IVAN DARIO RAMIREZ RODRIGUEZ, GERMAN ANDRES RAMIREZ RODRIGUEZ** dieron poder al abogado para que se adelantara “ **PROCESO ORDINARIO DE MAYOR CUANTIA POR RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL**” en contra de mi representada, de acuerdo a lo anterior su Despacho por medio de auto del 25 de agosto de 2014, resuelve: **PRIMERO: ADMITASE la anterior demanda ORDINARIA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL (...)**”

Es evidente que el tipo de responsabilidad alegada y pretendida por los demandantes (pese a que no existe ningún tipo de responsabilidad por parte del

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL) **es la civil contractual**, que de acuerdo a la doctrina y la jurisprudencia nace únicamente entre el paciente y el médico y/o la institución médica, de acuerdo al siguiente análisis:

En cualquier evento accidental que represente un daño, bien sea a las personas o a los bienes de estos, encontraremos diversos procesos y formas de llegar a la solución e indemnización de los mismos. En principio, podemos afirmar que las disposiciones que regulan la responsabilidad civil, tienen por objeto permitirle al sujeto que ha sufrido un daño obtener la reparación, dirigiéndose contra el que lo causó. En consecuencia la responsabilidad civil implica la presencia de un sujeto que causa un daño y está obligado a repararlo y la presencia de un sujeto quien lo sufre.

La doctrina ha clasificado la responsabilidad civil en contractual y extracontractual, en virtud del origen de la obligación de reparar; bien por la violación de las convenciones pactadas en un contrato, bien por la violación general del principio de no causar daños a terceros.

Para determinar la presencia de la responsabilidad civil contractual, que es la que nos interesa en este caso; generalmente se debe acudir a las cláusulas del contrato (cuando es esta la fuente de responsabilidad, porque puede tratarse de otro vínculo), que ha sido incumplido y a las disposiciones del código civil que regulan la materia.

Al respecto ha informado la Corte Suprema de Justicia:

“ Siguese de lo dicho, que para que pueda darse la responsabilidad de que se trata, será necesario establecer primero la existencia de la relación contractual entre el demandante y el demandado, la cual puede haberse constituido mediante un contrato verbal, un contrato solemne o un documento privado. En segundo lugar, habrá de probarse el daño causado a la víctima, luego la conducta descuidada del demandado y por ultima que esta fue la causa del daño” (Corte Suprema de Justicia, sala de Casación Civil. Magistrado Ponente: Dr. Héctor Gómez Uribe, Bogotá, 26 de noviembre de 1986).

De tal forma, para que se configure la responsabilidad contractual se exige la existencia de un contrato previo- escrito o verbal- entre el profesional tratante y el paciente, del cual emanen las obligaciones que serán luego de incumplidas, de tal forma que nace de la voluntad de las partes. En efecto, tal como la parte demandante relata en el libelo de la demanda, la paciente acudió voluntariamente a las instalaciones del Hospital Universitario Clínica San Rafael y aceptó libremente que los servicios médicos fueran prestados por profesionales vinculados a la entidad.

En materia medica, no basta la mera "manifestación de la voluntad" de las partes, como ocurre en derecho civil o comercial. Por el contrario, la ética médica impone un mandato según el cual nadie puede disponer sobre otro; imperativo estructural que exige el consentimiento informado, persistente y, en ocasiones, cualificado para la aprobación de cualquier procedimiento, tratamiento o intervención quirúrgica. Así lo exige el código de ética médica (Ley 23 de 1981) :

El médico pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectar física o psíquicamente, salvo en los como casos en que ello no fuere posible, y le explicara al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente (...)

De acuerdo a lo anterior, resulta evidente que en presente caso no es procedente invocar una presunta responsabilidad civil contractual de los demandantes **LINA MARIA AGUIRRE RAMIREZ, VICTOR ARTURO RAMIREZ RODRIGUEZ, LUIS MAURICIO RAMIREZ RODRIGUEZ, FABIO ANDRES AGUIRRE RAMIREZ, SONIA AHIDA RAMIREZ RODRIGUEZ, IVAN DARIO RAMIREZ RODRIGUEZ, GERMAN ANDRES RAMIREZ RODRIGUEZ**, por cuanto no existe una relación contractual entre la entidad hospitalaria y los demandantes, simplemente existió un relación contractual con la **PACIENTE LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ**.

2. LA SEÑORA LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, EN SU LIBRE ALBEDRIO DIO CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y TENIA PLENO CONOCIMIENTO PREVIO DE LOS RIESGOS Y EFECTOS DEL MISMO.

En efecto, tal como reposa en la Historia Clínica de la paciente **LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ** dio su consentimiento por medio de documento firmado el día 16 de marzo de 2007 donde el médico tratante (doctor Carlos Alberto Sánchez Toro y Douglas Ortiz Espinel) le puso en conocimiento como era la intervención que se le realizaría, cuáles eran las complicaciones y que otro tratamiento existía.

Qué es el consentimiento informado?

En virtud de la autonomía que el ordenamiento jurídico reconoce a todas las personas, es necesario que todo procedimiento médico sea autorizado por el paciente. El ejercicio de la profesión médica no puede entenderse de otra manera, puesto que el individuo, en una democracia pluralista, es entendido dentro de una dimensión de respeto irrestricto a la dignidad humana como valor del cual se

originan los demás derechos fundamentales. (Corte Constitucional T - 1021 de 2003).

¿Ahora bien, **cuales son las características que tiene el consentimiento informado?**

La obligación de obtener el consentimiento del paciente, según la jurisprudencia constitucional, no se restringe a que éste simplemente asienta sobre la práctica del procedimiento médico, sino que la expresión de la voluntad en estos casos debe estar precedida de algunas condiciones. En síntesis, y sin que constituyan reglas rígidas, puesto que su aplicación dependerá de cada caso concreto, son dos los requisitos que debe reunir el consentimiento en la realización de tratamientos médicos:

a) El consentimiento **debe ser libre**, es decir, que no esté inducido por circunstancias externas al tratamiento mismo que puedan provocar el error por parte del paciente, entre ellas cuando la autorización se logra *“gracias a una exageración, por parte del médico, de los riesgos de la dolencia y una minimización de los peligros del tratamiento”*, y

b) El consentimiento **debe ser informado**, esto es, que el médico está en la obligación de suministrar a su paciente, a través de un lenguaje claro y comprensible y con la debida prudencia *“la información relevante sobre los riesgos y beneficios objetivos de la terapia y las posibilidades de otros tratamientos, incluyendo los efectos de la ausencia de cualquier tratamiento, con el fin de que la persona pueda hacer una elección racional e informada sobre si acepta o no la intervención médica”*. (Sentencia SU-337/99 Fundamento jurídico No. 14).

Obsérvese que en ningún momento, ni la Ley, ni la doctrina ni la jurisprudencia, señalan que el consentimiento informado deba constar por escrito. Sin embargo, de manera diligente y como un buen padre de familia, el Hospital Universitario Clínica San Rafael ha adoptado un “proceso de consentimiento informado” a fin de tener la prueba de que los pacientes y/o sus familiares aceptaron someterse a un procedimiento médico.

Veamos entonces, si el equipo de salud, obtuvo o no el consentimiento informado para intervenir quirúrgicamente a LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ. Dice el formato

(...) Luego de analizar los síntomas y signos presentes y de realizar las exploraciones diagnosticas del caso, se ha encontrado evidencia de OBESIDAD MORBIDA, motivo por el cual se propone hacer uno de los procedimientos llamados BY-PASS GASTICO POR LAPAROSCOPIA o hacer CIRUGIA DE

SLEEVE O MANGA GASTRICA O TUVO GASTRICO POR LAPAROSCOPIA como opciones de tratamiento más adecuado entre otros disponibles como son: BALON INTRAGASTRICO, BANDA GASTRICA CIRUGIAS ABIERTAS Y OTRAS CIRUGIAS GASTROINTESTINALES"

POSIBLE COMPLICACIONES DE ESTA INTERVENCION O PORCEDIMIENTO

Complicaciones generales propias de toda intervención médico- quirúrgica como: Infección, hemorragia, lesión nerviosa, reacciones alérgicas, infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria, paro cardiaco insuficiencia renal, lesión cerebral, trombosis venosa u otras. Algunas de las cuales, ocasionalmente, pueden llegar a ser fatales y otras que podrían aparecer mas frecuentemente si existen enfermedades previas adicionales

Complicaciones relacionadas con su estado general y sus enfermedades asociadas como:

Insuficiencia respiratoria, necesidad de unidad de cuidados intensivos, fallecimiento, volver a ganar peso en el futuro.

Complicaciones específicas de esta intervención o procedimiento como:

Fistulas intestinales, abscesos intrabdominales, infección de las heridas, obstrucción del tubo digestivo, necesidad de volver a operar por laparoscopia o en forma abierta, necesidad de dejar el abdomen abierto para practicar lavados, peritonitis, no poder hacer el by-pass gástrico y recurrir a otro procedimiento similar durante la cirugía, estenosis que requiera dilatación o re operación (...) Negrilla fuera de texto.

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y ENTIENDO Y CERTIFICO QUE LA DECISION QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización del procedimiento o intervención que se me ha propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar el equipo médico tratante, del cambio de esta decisión".

El documento fue firmado por ESPERANZA RAMIREZ.

Así las cosas, salta a la vista que son falsas las aseveraciones de la actora cuando señala en el libelo de la demanda que no fue informado de suficiente, completa y regularmente de la naturaleza del procedimiento a realizar, las razones de ello y las consecuencias que acarrearía para la paciente no someterse a él.

De todo lo anterior, se puede concluir que la demandante LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, presentó ciertas complicaciones inherentes a los riesgos propios de esta clase de cirugía y que por medio del consentimiento informado tuvo conocimiento de esta clase de complicaciones las cuales acepto bajo su cuenta y riesgo.

3. AUSENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL DAÑO ALEGADO POR LOS ACTORES Y EL OBRAR DEL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

La responsabilidad civil invocada por los actores de acuerdo al acápite de fundamentos de derecho de la demanda, se identifica por tres elementos propios de esta clase de responsabilidad, así:

- Una acción u omisión dolosa (intención de dañar) o culposa (negligencia, impericia o imprudencia).
- Un perjuicio patrimonial o extrapatrimonial (el perjuicio debe ser cierto y aparecer probado, se trata de reparar el perjuicio causado y no de enriquecer a la víctima)
- Un nexo de causalidad entre las dos primeras (el acreedor tiene la carga de probar la existencia de los tres elementos para que prospere su pretensión indemnizatoria, excepto en los casos en los que se presume la culpa).

En este orden de ideas, el acreedor de la indemnización (la persona que sufrió el daño) debe demostrar la culpa o dolo del deudor (el obligado a reparar), toda vez que, la responsabilidad objetiva (con presunción de culpa) es excepcional y se predica únicamente de algunas actividades expresamente determinadas por la ley (v.gr. actividades peligrosas).

Sobra advertir, que el ejercicio de la medicina, o la prestación de servicios de salud, no es una actividad peligrosa, y por el contrario, la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que las obligaciones de este tipo de actividades son de medio y no de resultado.

En la presente contestación queda claro que el Hospital Universitario Clínica San Rafael salvó la vida de la paciente, al obrar con celeridad, oportunidad y pertinencia en la intervención quirúrgica practicada a la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, estando el equipo de salud atento al post operatorio de la paciente. Debe anotarse que la recuperación y evolución fue favorable, y el Hospital tomo todas las medidas necesarias para contrarrestar los efectos inherentes a la cirugía.

Por lo anterior, No hay nexo causal entre las enfermedades presentadas por la paciente y la cirugía realizada, toda vez como se explico en este escrito respecto a las deficiencias presentadas por la actora y que fueron calificadas por la Junta regional de calificación de invalidez; eran deficiencias que ya padecía la señora RAMIREZ, como la eventración abdominal , el intertrigo; el hipotiroidismo y las demás deficiencias que **no fueron secuelas de la cirugía bariátrica sino fueron consecuencia de la obesidad mórbida** que la demandante padecía, así como se puede evidenciar en la Historia clínica de la paciente; me permito hacer una reseña según la literatura médica⁷ mundial sobre cada tema:

EVENTRACION ABDOMINAL:

Se denomina eventración, hernia ventral, hernia incisional, ventrocele o laparocele a la prociencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente, distinta a los orificios naturales o preformados por donde emergen las hernias abdominales externas; estas vísceras pueden estar recubiertas o no de un saco de eventración constituido de peritoneo parietal más o menos modificado por restos fibrosos cicatriciales y/o fibras musculares.

Obesidad y particularmente la obesidad por cebamiento, que es sin duda una de las más frecuentes. En un grupo de ellos la grasa se acumula en el epiplón y en las vísceras, en su mayor parte en la aponeurosis y sobre todo los músculos son muy pobres, aparecen como estirados y adelgazados, se desgarran fácilmente sin que ofrezcan resistencia alguna. Tan pronto se abre el peritoneo aparece el epiplón que suele ser inmenso, seguido de un intestino con el mesenterio y los mesos del colon particularmente cargados de grasa. Este Tipo I de abdomen se presta muy mal para la reconstrucción y con facilidad se eventra en el postoperatorio.

La otra forma de abdomen tipo II, acumula el tejido adiposo, principalmente por fuera del plano muscular, entre la piel y la aponeurosis, donde alcanza a veces considerable espesor. Se tiene así el abdomen péndulo.

El plano muscular es normalmente resistente y bien constituido mientras que los epiplones y mesos vuelven a ser adiposos, aunque en menor grado que el tipo I.

⁷ Beghi, E, Monticelli, ML. Chronic symmetric symptomatic polyneuropathy in the elderly: A field screening investigation in two Italian regions. Neurology 1995; 45:1832. Partanen, J, Niskanen, L, Lehtinen, J, et al. Natural history of peripheral neuropathy in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 1995; 333:89. Fuller, GN, Jacobs, JN, Guilloff, RJ. Nature and incidence of peripheral nerve syndromes in HIV infection. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1993; 56:372. Kokontis, L., Gutmann, L.(2000) Current Treatment of Neuromuscular Diseases. Arch. Neurol: 57: 939-943

Es una inflamación (erupción) en pliegues y áreas adyacentes de piel que se rozan o se presionan entre sí y en presencia del calor y la humedad, y ataca principalmente a personas obesas.

Causas comunes:

El intertrigo afecta las capas superiores de la piel y es causado por el efecto macerante del calor y la humedad, la presencia de bacterias, levaduras u hongos en los pliegues de ésta. La afección es más común en personas que son obesas y también se puede observar en personas que están postradas en cama o en aquellas que utilizan dispositivos médicos que puedan atrapar la humedad contra la piel, como extremidades artificiales, férulas y corsés.

En estos pacientes es frecuente encontrar antecedentes de dermatitis seborreica. También, hay varias enfermedades de la piel que pueden hacer un intertrigo, por ejemplo dermatitis atópica o psoriasis.

El intertrigo es común en los climas cálidos y húmedos.

HIPOTIROIDISMO:

Es una afección en la cual la glándula tiroides no produce suficiente hormona tiroidea. Esta afección a menudo se llama tiroides hipoactiva.

La glándula tiroides es un órgano importante del sistema endocrino. Está ubicada en la parte anterior del cuello, justo por encima de donde se encuentran las clavículas. La tiroides produce hormonas que controlan la forma como cada célula en el cuerpo usa la energía. Este proceso se denomina metabolismo.

El hipotiroidismo es más común en las mujeres y personas mayores de 50 años.

La causa más común de hipotiroidismo es la tiroiditis. La hinchazón y la inflamación dañan las células de la glándula tiroides.

POLINEUROPATIA PERIFERICA MULTIFACTORIAL:

La neuropatía periférica puede ser heredada o adquirida. Las causas de la neuropatía periférica adquirida incluyen una lesión física (trauma) a un nervio, tumores, toxinas, respuestas auto-inmunes, deficiencias nutritivas, alcoholismo o desórdenes vasculares o metabólicos.

CAUSAS:

Trastornos metabólicos y endocrinológicos, Los trastornos del riñón pueden conducir a cantidades excesivamente altas de sustancias tóxicas en la sangre, provocando severos daños a los tejidos nerviosos. La mayoría de los pacientes

que requieren diálisis como resultado de una falla de los riñones, desarrollan polineuropatía. Algunas enfermedades del hígado también causan neuropatías como resultado de fallas en el equilibrio de las sustancias químicas. Los desequilibrios hormonales pueden trastornar los procesos metabólicos y causar neuropatías; Deficiencias vitamínicas y alcoholismo pueden causar daños generalizados a los tejidos nerviosos. Las vitaminas E, B1, B6, B12 y niacina son esenciales para el funcionamiento sano de los nervios. Una deficiencia de tiamina se encuentra comúnmente entre las personas alcohólicas, porque generalmente éstas tienen malos hábitos alimenticios. La deficiencia de tiamina puede causar una neuropatía dolorosa en las extremidades. Algunos investigadores creen que el consumo excesivo de alcohol puede, por si solo, contribuir directamente al daño de los nervios, condición conocida como neuropatía alcohólica.

El daño vascular y las enfermedades de la sangre; Los trastornos del tejido conectivo e inflamación crónica; Los tumores benignos y cánceres pueden infiltrarse o ejercer presión dañina sobre las fibras nerviosas; El estrés repetitivo frecuentemente conlleva a neuropatías por atrapamiento, una categoría especial de lesión de compresión. Las actividades repetitivas, pesadas, incómodas y que requieren la flexión de un grupo de articulaciones durante períodos prolongados, puede producir daño acumulativo. La irritación que producen puede hacer que los ligamentos, tendones y músculos se inflamen e hinchen, restringiendo los conductos angostos a través de los cuales atraviesan ciertos nervios. Estas lesiones son más frecuentes durante el embarazo, probablemente debido a que el aumento de peso y la retención de líquidos también comprimen los conductos de los nervios; Las toxinas, Las infecciones y trastornos autoinmunes pueden causar neuropatía periférica; El virus de inmunodeficiencia humano (VIH) que causa el SIDA también produce daño extensivo a los sistemas nerviosos central y periférico; La enfermedad de Lyme, la difteria y la lepra son enfermedades bacteriales caracterizadas por daño extendido a los nervios periféricos. Aunque la difteria y la lepra son muy poco comunes actualmente en los Estados Unidos, la enfermedad de Lyme va en aumento. Puede causar una amplia gama de trastornos neuropáticos, incluso una dolorosa polineuropatía de desarrollo rápido, a menudo a las pocas semanas de la infección inicial por la mordedura de una garrapata; Las infecciones virales y bacteriales también pueden causar daño a los nervios, al producir condiciones a las que se llama trastornos auto-inmunes, en las cuales las células especializadas y los anticuerpos del sistema inmunológico atacan los tejidos del propio cuerpo. Estos ataques típicamente causan la destrucción de la cobertura de mielina del nervio o axón (la fibra larga que se extiende hacia fuera del cuerpo principal de la célula nerviosa).

4. LOS EFECTOS COLATERALES DE LA CIRUGIA PRACTICADA A LA DEMANDANTE LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ

RODRIGUEZ son inherentes al acto quirúrgico y dependieron de sus comorbilidades y predisposición:

Un estudio⁸ realizado sobre el aumento notable en la prevalencia de la obesidad concluyo que la obesidad es una de las enfermedades más importantes en países desarrollados, no únicamente por sus comorbilidades sino por su difícil manejo y prevención.

Igualmente profundizo a cerca de la efectividad de la cirugía bariátrica para la disminución de peso, la realización de ésta predispone al desarrollo de diferentes efectos colaterales los cuales se derivan del acto quirúrgico como tal y de la nueva fisiología digestiva tras el procedimiento. De lo anterior traigo a colación el estudio realizado por el doctor Bartolomé Burguera⁹, Juan Carlos Ruiz de Aldana, sobre el particular me permito referir el siguiente artículo:

*(...) La persona obesa que va a cirugía bariátrica muchas veces no presenta las manifestaciones clásicas de las complicaciones posquirúrgicas entre otros hechos por la **disminución de la respuesta fisiológica multisistémica frente al estrés quirúrgico**, pero otras pueden presentar manifestaciones que pueden comprometer seriamente la calidad de vida del paciente, por ello el paciente debe estar comprometido conociendo su cuerpo y la transformación del mismo, lo que adquiere gran importancia en la evaluación y educación preoperatoria adecuada en cada paciente, de manera tal que se puedan controlar los efectos colaterales de la intervención quirúrgica.*

El bypass gástrico¹⁰ (BYG) es la intervención quirúrgica más común para el tratamiento de la obesidad severa, es considerado un procedimiento que combina técnicas tanto restrictivas como malabsortivas.

Obesidad y cirugía bariátrica por la reducción del volumen gástrico el cual produce una menor ingesta de comida. A esto se suman diferentes factores tales como la poca adherencia del paciente a los suplementos nutricionales, las modificaciones dietarias y el cumplimiento con los controles médicos, por esto

⁸ Para realizar este estudio Se obtuvieron más de 100 resultados relevantes con las distintas combinaciones de palabras en las cuales siempre estaba presente el conector 'AND'. Se seleccionaron 28 artículos por considerar que cumplían con los criterios de inclusión. La información obtenida se clasificó en complicaciones derivadas directamente del acto quirúrgico, complicaciones metabólicas y carenciales, neurológicas, psicológicas y las que comprometen la calidad de vida del paciente.

⁹ Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

¹⁰ Consiste en hacer un saco gástrico proximal con capacidad de 15 a 30 ml de alimento ingerido. Este saco se conecta al intestino delgado, se hace un bypass de una cantidad variable de intestino dependiendo del grado de obesidad del paciente

cobra gran importancia la evaluación preoperatoria de los candidatos para la cirugía, de manera tal que se pueda garantizar el éxito de ésta. La desnutrición proteicocalórica tiene una incidencia de 7-12% en la DBP y de 4,8% en el bypass gástrico causando una rata de hospitalización de 1% anual. Se ha reportado 11% de hipoalbuminemia moderada y 2,4% severa. En otros estudios se habla hasta de un 20% de pacientes con hipoalbuminemia en los primeros seis meses posteriores a la intervención. El déficit proteicocalórico se debe a una pobre tolerancia de las carnes rojas después de la cirugía bariátrica, si el paciente no consume suficientes fuentes alternativas de proteínas esta alteración se instaurará de manera más rápida y severa. Las manifestaciones clínicas van desde la pérdida excesiva y rápida de peso, diarrea severa, esteatorrea y polifagia, hasta disminución de albúmina y prealbúmina, Marasmo (pérdida de masa muscular) y Kwashiorkor. Dependiendo del grado de severidad se puede abordar a estos pacientes con modificaciones en la dieta, consejería, seguimiento cercano, nutrición enteral y parenteral dependiendo de la severidad.

Frecuentemente se evidencia carencias en vitaminas liposolubles, y pasados cuatro años después de practicar la cirugía, más de la mitad de los pacientes presentan deficiencias de vitaminas A, K y D, situación que no ocurre con la vitamina E, esta condición se hace más notoria en pacientes a quienes se les practicó derivación liopancreática. En pacientes con bypass gástrico, la deficiencia no es tan marcada y es suficiente con un suplemento multi vitamínico. Las manifestación más frecuente de la deficiencia de vitaminas liposolubles se refleja en la hipocalcemia secundaria a la deficiencia de vitamina D lo que se evidencia ente 15-48% de los pacientes sometidos a este procedimiento (5). Esta carencia de vitaminas liposolubles va de la mano con la mala absorción de grasa, que en estos pacientes se evidencia por la esteatorrea que al final es causa adicional de disminución del peso.

Alteraciones hepáticas La alteración hepática más frecuente en pacientes obesos es la esteatohepatitis no alcohólica. En la gran mayoría se presenta una mejoría de esta patología posterior a la realización de la cirugía. Por otra parte se han descrito casos con alteraciones hepáticas que van desde cambios enzimáticos sin trascendencia hasta falla hepática que requiere trasplante pos cirugía bariátrica y de los cuales no se conoce bien su fisiopatogenia.

Formación de cálculos La pérdida rápida de peso se asocia con formación de cálculos biliares. Se ha descrito hasta un 71% de estos luego de cirugía bariátrica (8). El uso de ácido urodesoxicólico por seis meses previene la formación de cálculos. En algunas series se practica colecistectomía profiláctica durante la cirugía bariátrica abierta. No se sabe el mecanismo por el cual se desarrolla. En estudios realizados se encontró en estos pacientes cristales de colesterol en la vesícula biliar, Tabla 1. Alteraciones metabólicas y nutricionales. Alteración

Corrección Desnutrición proteico-calórica Modificar dieta Vs. Nutrición enteral parenteral

Se puede hacer una clasificación de efectos adversos de acuerdo con el tiempo de presentación. Los primeros están relacionados con el acto quirúrgico y con la rápida pérdida de peso y se dan durante el primer año después de la cirugía. Posteriormente se presentarán los derivados de las alteraciones metabólicas y nutricionales que se harán más evidentes pasado un año después de la cirugía. Tanto efectos tempranos como tardíos pueden comprometer la calidad de vida del paciente de manera significativa.

Vómito Entre los más frecuentes de inicio temprano se encuentra el vómito, que se presenta en los primeros meses posquirúrgicos. Los pacientes lo describen como si la comida se quedara "atascada". Esto resulta de la incapacidad del estómago de almacenar grandes cantidades de alimento, o porque los pacientes no mastican adecuadamente la comida.

Si este vómito se hace más frecuente pueden desarrollarse alteraciones en el potasio y el magnesio que incluso llegan a requerir tratamiento suplementario. El vómito es frecuentemente relacionado con la ingesta de alimentos sólidos, si esta intolerancia a los alimentos sólidos persiste, deberá evaluarse endoscópicamente sospechando una estenosis estomal, en caso de estar presente se puede tratar con dilatación con balón al momento del diagnóstico.

Síndrome de Dumping

El síndrome de Dumping es una reacción adversa temprana muy frecuente, relacionado con la disminución del tiempo de tránsito estomacal, los alimentos con carga osmótica alta pasan al intestino sin la adecuada digestión gástrica, y se genera una sobrecarga osmótica en el intestino delgado, entran fluidos al lumen intestinal y se produce un reflejo vasovagal (8). Los pacientes lo refieren como mareo y sudor luego de ingerir comidas con alto contenido de glucosa. Esta condición se puede agravar si el paciente ingiere comidas sólidas junto a comidas líquidas, puesto que se solubiliza la comida y aumenta la osmolaridad, razón por la cual muchos pacientes tienen que separar las comidas líquidas de las sólidas y no consumirlas a la vez. Esta condición favorece la deshidratación, debido a la dificultad para suplir los requerimientos hídricos. Las hospitalizaciones por deshidratación en los primeros meses posquirúrgicos son frecuentes.

alteraciones neurológicas La incidencia de complicaciones neurológicas tras la realización de la cirugía bariátrica varía de 4,6% hasta 16% Las manifestaciones más comunes son neuropatía periférica 62% (polineuropatía 67% y mononeuropatía 30%), ACTA MED COLOMB VOL. 33 N° 1 ~ 2008 19

encefalopatía 31% (17) y neuropatía aguda posreducción gástrica (APGARS) 0.59% (18). En estos pacientes se ha encontrado deficiencia de vitamina B12 de 25% a 40% y de vitamina de 1%.

La deficiencia de vitamina B12 se asocia a parestesias, neuropatía periférica, desmielinización del tracto cortico-espinal y las columnas posteriores, manifestaciones que tienden a desaparecer con la suplencia vitamínica. También está asociada a la neuropatía APGARS la cual se caracteriza por vómito, hiporreflexia y debilidad muscular (18), el vómito en esta entidad es debido a una polineuropatía carencial que altera la motilidad del tracto gastrointestinal y que puede llegar a ser reversible con el suplemento vitamínico adecuado.

Por otra parte, aunque no es muy común ya se han reportado varios casos de encefalopatía de Wernicke por deficiencia de tiamina la cual es causada más por la reducción de su ingesta diaria que por los procesos de mala absorción. Esta entidad puede instaurarse desde las dos primeras semanas posoperatorio hasta los 13 años después de la cirugía como se ha descrito en algunos casos (2). En la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico mediante la identificación de la triada de signos cerebelosos (nistagmus, vértigo, ataxia), alteraciones oculomotoras (diplopía) y confusión mental.

Efectos psicológicos

La obesidad mórbida trae varias consecuencias sicosociales como depresión, baja autoestima, prejuicios y alteraciones del funcionamiento social del paciente. En general los estudios muestran que la cirugía bariátrica mejora la calidad de vida relacionada con la salud y el funcionamiento psicosocial de los pacientes sometidos a este procedimiento. Sin embargo, cabe resaltar que debido a la gran expectativa de los pacientes con respecto a los resultados del procedimiento, puede haber respuestas psicológicas poco favorables a la hora de enfrentarse con los efectos secundarios de éste, pues implican cambios de vida y hábitos que el paciente poco asesorado desconoce. La preocupación por el aspecto físico es una de las motivaciones más frecuentes para la realización de la cirugía bariátrica por lo que secuelas como la piel sobrante, vómito y cambios físicos debidos a la deficiencia nutricional (caída de pelo y cambios cutáneos) pueden tener un impacto desfavorable en la salud mental de los pacientes.

La mortalidad tras la realización de la cirugía bariátrica es la complicación más temida pero afortunadamente su frecuencia es relativamente baja, y varía dependiendo de la publicación: de 0,2% a 1,5%. Una publicación suramericana de un estudio de 4.936 casos mostró una mortalidad de 0,32%. Su causa más frecuente es el embolismo pulmonar y la falla multisistémica.

La mortalidad es más alta en pacientes de género masculino, edad mayor de 65 años y depende de la experiencia del grupo quirúrgico que realice el procedimiento, lo que refuerza la importancia de la curva de aprendizaje; se ha reportado una mortalidad del 5% en grupos que realizan menos de diez procedimientos por año y del 0,3% en grupos con grandes volúmenes de pacientes (...)¹¹.

En resumen, la cirugía bariátrica conlleva ciertos riesgos y consecuencias negativas que pueden condicionar a largo plazo la expectativa y calidad de vida del paciente operado. No Hay responsabilidad medica de la institución prestadora de salud, teniendo en cuenta que todos los pacientes dependiendo de sus co morbilidades pueden sufrir los síntomas o no que sufrió la señora LUZ STELLA RAMIREZ según su predisposición, caso en el cual se sale de la órbita de mi prohijada, es más se le prestó de manera cabal, oportuna, eficiente todo el tratamiento integral de su enfermedad base OBESIDAD MORBIDA.

5. LA PACIENTE FUE INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE POR PROFESIONALES DE LAS MAS ALTAS CALIDADES PROFESIONALES, QUE OBRARON DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS UNIVERSALMENTE ACEPTADOS PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD QUE PRESENTABA LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ (lex artis):

Desde el inicio de la valoración la paciente recibió una atención médica oportuna, pertinente y con la racionalidad técnica y científica, siendo valorada desde su inicio por los servicios especializados de la clínica por cirugía. La paciente desde su ingreso y como consta en la evolución clínica, se agotaron todos los procedimientos y exámenes de laboratorio tendientes a establecer si era apta para la realización de la cirugía bariátrica.

La Jurisprudencia Nacional ha reconocido que: *“se ha de indicar que la diligencia debida ha de ser la adecuada a la prestación de los servicios médicos requeridos, medida **por la lex artis ad hoc, esto es, juzgada según aspectos como los riesgos usuales, el estado del conocimiento, los protocolos aconsejados por la buena practica.***

¹¹ Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et-al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2004; 292:1724-37.
Lautz D, Halperin F, Goebel-Fabbri A, Goldfine AB. The great debate: medicine or surgery: what is best for the patient with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2011; 34:763-70.
Rubino F, Forgione A, Cummings D, Vix M, Gnuli D, Mingrone G, et-al. The mechanism of diabetes control after gastrointestinal bypass surgery reveals a role of the proximal small intestine in the pathophysiology of type 2 diabetes. Ann Surg. 2006; 244:741-9.
Vidal J, Nicolau J, Romero F, Casamitjana R, Momblan D, Conget I, et-al. Long-term effects of Roux-en-Y gastric bypass surgery on plasma glucagon-like peptide-1 and islet function in morbidly obese subjects. J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94:884-91.

Como lo enseña la doctrina la dilucidación de la responsabilidad medica no puede estar sujeta a modelos prefigurados de responsabilidad, ni a estándares predeterminados de culpa, pues no se trata de una culpa ordinaria sino de una profesional que debe ser estimada a la luz de la complejidad de la ciencia, y a su estado para el momento en que se aplica. Bajo la categoría de la prestación medica caben los mas disimiles procedimientos o intervenciones, contra una innumerable variedad de males, cuyas causas, síntomas y tratamientos, son unos aceptablemente esclarecidos, y sobre otros la ciencia aun anda a oscuras, ninguno exento del alea terapéutica, todos sometidos a múltiples y variables factores endógenos y exógenos¹²

La anterior cita jurisprudencial para concluir que los postulados de la lex artis enmarcan el actuar de los profesionales, pues solo ese estado del conocimiento guía las decisiones científicas de los galenos.

Insiste los actores en afirmar que la cirugía bariátrica le trajo secuelas a la salud y vida de la paciente, sin embargo dichas aseveraciones no tienen sustento científico, sino parten de una subjetiva apreciación, teniendo en cuenta que dicho procedimiento fue exitoso, no existió falla profesional alguna, sino los síntomas sufridos por la señora LUZ STELLA RAMIREZ son consecuencias de la enfermedad base que ella padece (obesidad mórbida).

6. EL OBRAR DEL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL NO LE GENERÓ DETRIMENTO PATRIMONIAL A LA ACTORA QUE DEBA SER INDEMNIZADO.

Desvirtuado entonces, que los galenos de mi procurado, hubieran omitido el cumplimiento de sus deberes en el tratamiento brindado a la paciente LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, nos corresponde referirnos a la artificiosa valoración de los inexistentes perjuicios que realiza el colega de litis.

Al respecto señaló la Corte Suprema de Justicia:

“Ciertamente puede decirse cuando el artículo 2341 del Código Civil prescribe que “el que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización”, se adopta, en armonía con el inciso 2 del artículo 1649 del Código Civil, el principio según el cual la prestación de la obligación resarcitoria llamada indemnización, tiene como límite cuantitativo aquel que, según su función de dejar indemne (sin daño), alcance a reparar directa o indirectamente el perjuicio

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, M.P. Eduardo López Villegas, referencia: Expediente No. 30621, 22 de enero de 2008.

ocasionado, para el restablecimiento, en sus diferentes formas, de la misma situación patrimonial anterior". (Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia N° 198 de 3 de septiembre de 1991. G.J. t. CCXXII págs. 85 y 86).

Procedo entonces, por lo anterior que como he sostenido en la contestación de la demanda la actora NO SUFRIO menoscabo alguno en su patrimonio, y mucho menos los síntomas que LUZ STELLA padece en la actualidad fueron producidas por la negligencia o impericia de mi prohijado, sino por causa de su enfermedad base (Obesidad Mórbida) y los efectos colaterales en si mismos de la cirugía bariátrica, QUE LA PACIENTE DE MANERA VOLUNTARIA, LIBRE Y CONCIENTE DECIDIÓ REALIZARSE.

II. PETICION

Así las cosas, desvirtuadas las aseveraciones de la parte actora respecto de mi procurado, Hospital Universitario Clínica San Rafael, respetuosamente solicito se denieguen las pretensiones y se les condene en costas.

III. PRUEBAS

IV. Respetuosamente solicito se decreten, practiquen las siguientes:

A. DOCUMENTALES

1. CD de la historia clínica de la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ.
2. Hoja de vida del Doctor DOUGLAS ORTIZ ESPINEL
3. Hoja de vida del Doctor CARLOS ALBERTO SANCHEZ TORO
4. Hoja de vida de la Doctora SONIA HERNANDEZ

B. TESTIMONIAL

Con el fin de que informen las razones de su obrar en el tratamiento de LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ, mientras permaneció en las instalaciones del Hospital Universitario Clínica San Rafael, cítese a los galenos:

1. Dr. DOUGLAS ORTIZ ESPINEL, cirujano que practicó el procedimiento quirúrgico que se cuestiona en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en la Carrera 8 No. 17 – 45 Sur en Bogotá.
2. Dr. CARLOS ALBERTO SANCHEZ TORO primer ayudante cirugía practicada en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en la Carrera 8 No. 17 – 45 Sur en Bogotá.

3.- Dra. SONIA HERNANDEZ segundo ayudante cirugía practicada en el Hospital Universitario Clínica San Rafael en la Carrera 8 No. 17 – 45 Sur en Bogotá.

C. PERICIAL:

Solicito se decrete y ordene practicar prueba pericial por el INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE con el fin de determinar causas, consecuencias y efectos colaterales de la cirugía bariátrica, y poder definir si el actuar de los médicos de mi prolijada actuaron conforme a la lex artis.

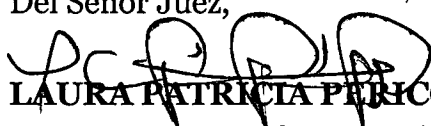
- 1.- El manejo que recibió la paciente se adecuo a la Lex artis para la cirugía bariátrica?
- 2.- Cuales son los riesgos que corre un paciente en una cirugía bariátrica?
- 3.- Cuáles son los efectos colaterales de una cirugía de esta clase, literatura médica mundial?
- 4.- La recuperación de la paciente depende de sus comorbilidades?
- 5.- Cuales son las variaciones de la nueva fisiología digestiva tras el procedimiento?
- 6.- Cuales son los Efectos a largo plazo de la nueva fisiología digestiva del paciente después del procedimiento?

NOTIFICACIONES

La parte actora en la dirección que consignó en el libelo de la demanda.

A la suscrita y al Hospital Universitario Clínica San Rafael en la Carrera 8 No. 17 – 45 Sur en Bogotá.

Del Señor Juez,


LAURA PATRICIA PERICO PRIETO

CC. 52.422.999 de Bogotá

T.P. 132.483 del C.S.J

11 6 FEB 2015

- ① Escrito en tiempo.
García en tiempo.
- ② pendiente notificar a
Cruz Blanca y Douglas Ortiz



763
40

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**

**CIRUGIA BARIATRICA
FORMULA MÉDICA**

NOMBRE:

HISTORIA CLINICA:

EPS:

FECHA:

A los pacientes a quienes se les ha realizado cirugía bariátrica por tener obesidad mórbida es necesario y obligatorio que reciban en el postoperatorio y de por vida en casos como en los que se hace by-pass gástrico: vitaminas del complejo B inyectables, multivitaminas, calcio, vitamina D y ácido fólico

Bedoyecta amp x 2 mls No. 2
Aplicar 1 ampolla intramuscular cada mes.

Caltrate 600 mg + Vit D Tabletas No. 60
Tomar 1 tableta diaria sobre el desayuno

Bioaalcium D sobres efervescentes No. 60
Tomar 1 tableta diaria

Centrum Silver con luteina tabletas No. 60
Tomar 1 tableta partida en 2 o 3 partes diaria sobre el desayuno

Recuerde que al cumplir 6 meses de su cirugía es necesario hacer exámenes y consulta de control



**DIETA POST – OPERATORIO
CIRUGIA BARIATRICA**

DURACIÓN: (2) DOS PRIMEROS DÍAS AL SALIR DE LA CLINICA

INICIA: _____

TERMINA: _____

MENU MODELO

HORARIO	COMIDA	CANTIDAD
7:00 AM	AROMATICA con edulcorante si desea, pero sin azúcar.	60 a 80 CC (2 a 3 onzas)
9:00 AM	Refresco sin azúcar	60 a 80 CC
11:00 AM	TE en agua con edulcorante o ICE TEA dietético	60 a 80 CC
1:00 PM	CONSOME de pollo sin grasa. (Colado) con sal	60 a 80 CC
3:00 PM	TE en agua con edulcorante o ICE TEA dietético	60 a 80 CC
5:00 PM	Refresco sin azúcar	60 a 80 CC
7:00 PM	AROMATICA con edulcorante si desea, pero sin azúcar.	60 a 80 CC
9:00 PM	CONSOME de pollo sin grasa. (Colado) con sal	60 a 80 CC

RECOMENDACIONES OBLIGATORIAS:

1. TOMAR LIQUIDOS COMO: CLIGHT, LIGHT-YA, GATORATE Ó AGUA (CON O SIN GAS) OJALA FRIOS, HASTA
2. **1 LITRO EXTRA, ADEMAS DE TODO LO ANTERIOR, REPARTIDOS TODO EL DIA.**
3. NO COMA NADA SOLIDO.
4. NO TOME LECHE.

5. PUEDE CHUPAR HIELO Y PALETAS DE AGUA

Ejemplos de edulcorantes: splenda, sabro, sucaryl, stevia, sucraX, dulcyl, menocal, taeq, etc.
Ejemplos de refresco sin azúcar: clight, light ya, agua, agua con gas.

PRIMERAS (2) DOS SEMANAS POSTERIORES A LA CIRUGIA

DIETA LIQUIDA TOTAL FRACCIONADA

INICIA: _____

TERMINA: _____

MENU MODELO

HORARIO	COMIDA	CANTIDAD
7:00 AM	JUGOS DE FRUTA (papaya, pera, Manzana, mango) SIN AZUCAR	90 a 120 CC (3 a 4 onzas)
9:00 AM	GELATINA DIETETICA	90 a 120 CC
11:00 AM	TE O ICE TEA dietético	90 a 120 CC
1:00 PM	LICUADO de pollo o pescado. (Con zanahoria, ahuyama, espinaca, Aceite de oliva y sal) Colado .	90 a 120 CC
3:00 PM	JUGO DE MANZANA en agua SIN AZUCAR	90 a 120 CC
5:00 PM	GELATINA DIETETICA	90 a 120 CC
7:00 PM	LICUADO de pollo o pescado. (Con zanahoria, ahuyama, espinaca. Aceite de oliva y sal) colado .	90 a 120 CC
9:00 PM	JUGOS DE FRUTA (papaya, pera, Manzana, mango) SIN AZUCAR	90 a 120 CC

RECOMENDACIONES OBLIGATORIAS:

1. TOMAR LIQUIDOS COMO: CLIGHT, LIGHT-YA, GATORATE Ó AGUA (CON O SIN GAS) OJALA FRIOS, HASTA 1 LITRO EXTRA, ADEMAS DE TODO LO ANTERIOR, **REPARTIDOS TODO EL DIA.**
2. NO COMA NADA SOLIDO.
3. NO TOME LECHE.

64
766

4. PUEDE CHUPAR HIELO Y PALETAS DE AGUA

Ejemplos de edulcorantes: splenda, sabro, sucaryl, stevia, sucrax, dulcyl, menocal, taeq, etc.
Ejemplos de refresco sin azúcar: clight, light ya, agua, agua con gas.

ULTIMAS (2) DOS SEMANAS DEL PRIMER MES POST-OPERATORIO

DIETA SEMIBLANDA FRACCIONADA

INICIA: _____

TERMINA: _____

MENU MODELO

HORARIO	COMIDA	CANTIDAD
7:00 AM	Caldo de papa con pollo ó Avena o te en leche deslactosada + Huevo tibio	½ Taza 1
9:00 AM	Compota de manzana ó pera	½ vaso (3 onzas)
11:00 AM	Jugo de papaya ó yogurt finesse	½ vaso (3 onzas)
1:00 PM	Pollo deshilado + Puré de papa ó plátano ó verdura ó Zanahoria al vapor	¼ de pechuga 2 cucharadas
3:00 PM	JUGO DE PERA ó GRANADILLA (Colado)	½ vaso (3 onzas)
5:00 PM	Pescado en trozos sin espinas + Arroz blanco ó spaghetti ó Torta de acelgas ó Espinaca cocida	½ filete 2 cucharadas
7:00 PM	PAPAYA EN TROZOS	1 tajada

RECOMENDACIONES OBLIGATORIAS:

1. COMA DESPACIO. MASTIQUE BIEN LOS ALIMENTOS.
2. NO COMA CARNE ROJA, NI FRUTAS CON CASCARA, NI GASEOSAS, NI PAN.

- 65 767
3. INICIE LA LECHE: SOLO DESCREMADA Y DESLACTOSADA.
 4. TOME LIQUIDOS EXTRA ENTRE COMIDAS.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

POST – CIRUGIA BARIATRICA

De las anteriores páginas: la 1ª. Dieta de los dos primeros días al salir de la clínica (Dieta líquida), la 2ª. Página: Dieta líquida total fraccionada para dos semanas y la página 3: dieta semiblanda las 2 últimas semanas hasta completar el mes.

Suspenda el consumo de la bebida cuando se sienta satisfecho. Inicialmente es normal que sienta saciedad incluso antes de consumir totalmente cada toma de 60 cc.

Utilice cualquier endulzante (edulcorante) artificial si lo desea para el Te, las aromáticas, los refrescos y los jugos.

Sea cauteloso con el consumo de carnes rojas durante los primeros meses posteriores a la cirugía (comience al tercer mes post-operatorio), pruebe tolerancia primero con carne molida sin grasa en albóndigas (Carnes rojas solo al tercer mes después de su cirugía).

Limite el consumo de lácteos las 2 primeras semanas después de la cirugía, introduzca lentamente el consumo de bebidas preparadas con leche deslactosada y descremada.

No consuma bebidas o preparaciones que contengan altas cantidades de grasa.

Es importante que consuma la proteína (pollo, pescado, atún) antes que otro alimento así cuando sienta saciedad o llenura habrá consumido un alimento nutritivo.

Si siente dolor nauseas o sensación de llenura cuando este comiendo algún alimento suspéndalo y reinicie la alimentación cuando desaparezca dolor.

Consuma líquido diariamente (entre las comidas), recuerde que debe consumir 1 litro de líquido extra al día, en cualquiera de sus formas.

Evite el consumo de alimentos fritos, grasas, cereales integrales, frutas con cáscara, condimentos, gaseosas, carnes rojas, hamburguesas y pan durante el primer mes.

Evite el consumo de bebidas con azúcar.

Consuma inicialmente jugos de papaya, fresa, guayaba, manzana, pera, durazno, granadilla, y mango en este primer mes postoperatorio. Introduzca lentamente jugos ácidos (naranja, mandarina, piña, lulo).

Evite los condimentos, salsas como mostaza y picantes utilice hierbas aromáticas como tomillo, laurel, albahaca y romero etc.

15/2/20

RECOMENDACIONES GENERALES

POST - CIRUGIA BARIATRICA

NO se debe comer nada sólido durante los primeros 15 días de operado y si usted llegara a comer un alimento sólido tiene el riesgo de REVENTAR las suturas del estómago y presentar peritonitis.

Si observa que el color de su orina es oscuro o anaranjado es síntoma de falta de Líquidos por lo que debe tomar más líquidos: agua, jugos, gatorate, aromáticas, refrescos.

Los licuados de verduras deben llevar una buena dosis de sal esto impedirá que sienta calambres.

Para evitar la presencia de gases es importante que utilice apio en los licuados o tomar bebidas aromáticas de anís o apio.

Si presenta estreñimiento (no ha tenido deposición durante en 2 o 3 días) tome jugos, compotas de ciruelas o leche de magnesio. Si no hay resultado: AGAROL suspensión frasco No.1: 2 cucharadas grandes en la noche.

Usted deberá aprender nuevos hábitos alimenticios. Estos incluyen comer y beber muy lentamente. Aunque es difícil, deberá hacerlo de lo contrario tendrá dolor en la parte superior del abdomen o en la región inferior del tórax. En tal caso interrumpa la ingestión de alimentos pues esto indica que ha comido en exceso o demasiado rápido.

Comer despacio, masticar bien, tomar pequeños bocados.

Pare de comer cuando sienta plenitud o náuseas.

Empiece a comer primero la proteína y después lo demás, así cuando sienta plenitud ya habrá recibido proteína.

No haga ayunos prolongados, puede sentir mareos o dolor al comer nuevamente.

No tome licor durante el primer mes, puede ingerir licor destilado como whisky o licores bajos en azúcar al segundo mes en escasa cantidad.

Evite los azúcares normales: le producen mareo taquicardia y sudoración. Endulce con edulcorantes.

Evite las grasas le pueden producir diarrea.

Si al empezar la dieta semiblanda siente que se atora o ahoga con la comida cuando olvida masticar bien, puede tomar dos sorbos de Breña ó agua con gas, esto ayudara a mejorar esta sensación.

**ACTIVIDAD FISICA:
POST – CIRUGIA BARIATRICA**

Usted se puede levantar al baño en la noche el día de la realización de su cirugía.

Al siguiente día de la cirugía puede tomar una ducha y caminar en la habitación.

Al tercer día SI NO HAY COMPLICACIONES de la cirugía u otras enfermedades, saldrá del hospital caminando y deber seguir con esta actividad en su casa, puede subir y bajar escaleras en forma moderada.

A la semana de su cirugía debe empezar a caminar 30 minutos al día (paseo en un parque o cerca de su casa siempre en compañía), esto favorece la circulación.

Inicie labores domésticas ligeras (cocinar, arreglar casa) cuando se sienta capaz.

Durante los 10 primeros días de post-operatorio no debe levantar ni empujar objetos pesados (peso mayor a 5 kilos) o alzar niños.

En las primeras 2 semanas no debe conducir vehículo ya que puede presentar debilidad o mareos por la dieta que está tomando. Puede conducir en la segunda semana de post-operatorio.

Puede reiniciar sus relaciones sexuales a los 15 días de operado.

Si es mujer evite embarazo durante LOS PRIMEROS 18 MESES, después de su cirugía.

Puede reiniciar sus labores a los ocho días de operado si estas no requieren una actividad física que implique realización de fuerza.

RECUERDE:

Si usted realiza ejercicio o algún deporte como rutina esto favorece a la pérdida de peso, la buena circulación y fortalecimiento de sus músculos.

Handwritten signature or initials in the top right corner.

CUIDADOS Y SIGNOS DE ALARMA AL SALIR DEL HOSPITAL

Cuidados con el Dren:

Desocupar la bolsa todos los días y medir la cantidad.

El color del líquido que sale por la bolsa debe ser rojo claro, no debe oler fétido y no debe ser mayor a 200 cm³. Si observa alguno de estos signos llame al médico ó venga al hospital.

Cuidados con las heridas:

Estas cicatrizarán sin necesidad de utilizar ningún desinfectante, en caso de observar calor, color rojo o fiebre avisar al medico. No retirar antes de 10 diez días de operado.

Informar a su medico ó venir al hospital si presenta:

Temperatura mayor de 38.0 °C

Vómito persistente

Tos persistente con expectoración.

Dolor intenso en las heridas o en el sitio del Dren.

Dificultad para respirar.

Seguir obligatoriamente los medicamentos ordenados para la casa después de ser operado.

Después del mes de operado vienen otras recomendaciones dietarias, recomendaciones de ejercicio, recomendaciones generales y medicamentos nuevos que van a ser de por vida. LA CITA DEL MES ES FUNDAMENTAL.

CUANDO BAJA DE PESO, TIENE MAS ENERGIA Y LAS ACTIVIDADES SE HACEN MAS FACILES, DISMINUYEN LOS PROBLEMAS DE SALUD Y SE SIENTE MEJOR, DISFRUTE SU NUEVO YO.

Douglas Omar Ortiz Espinel

5/27

Tel: 2 450411 -- 3282301
Celular 310 6896463
Consultorio. Clínica los Nogales 509

Perfil Profesional

Médico con especialización en Cirugía General, Gastroenterología clínico quirúrgica y cirugía laparoscópica avanzada, con experiencia en Cirugía Gastrointestinal, Oncológica, Endoscopia digestiva y Laparoscópica Avanzada incluyendo Cirugía Bariátrica en Instituciones de III y IV Nivel de Complejidad.

Datos Básicos

Identificación: C.C. 79.473.745 de Bogotá
Edad: 45 Años
Estado Civil: SOLTERO

E-Mail: douglasortiz@hotmail.com
douglasorti@gmail.com

Estudios Realizados

Universitarios:

MEDICO CIRUJANO

Universidad Nacional de Colombia
Diciembre 1993

Especializados:

CIRUGIA GENERAL

Universidad Militar Nueva Granada
Hospital Universitario Clínica San Rafael
Diciembre 1999

GASTROENTEROLOGIA CLINICO QUIRURGICA

Universidad de Caldas
Diciembre 2010

CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA

Universidad CES 2012

ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD

Universidad Santo Tomás
Julio 2001

ESPECIALIZACION EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

Douglas Omar Ortiz Espinel

5072

Universidad El Bosque
Mayo 2007

DIPLOMADO EN ALTA GERENCIA EN SALUD
Universidad Santo Tomás
Septiembre 2001

DIPLOMADO GESTION INTEGRAL HACIA LA COMPETITIVIDAD
Universidad del Rosario
Junio 2005

TRAINING IN BARIATRIC SURGERY AND SECTION OF MINIMAL
INVASIVE SURGERY
Cleveland Clinic Florida
Septiembre-Octubre 2005

ENTRENAMIENTO CIRUGIA BARIATRICA
Instituto Arthur Garrido
Sao Pablo Brasil
Octubre-Noviembre 2005.

Experiencia Laboral

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Jefe del servicio de Gastroenterología Octubre del 2010- actualidad
Cirujano General Coordinador Académico Pre y Post Grado Servicio de Cirugía
2002-actualidad

Coordinador Cirugía Bariátrica y Laparoscópica avanzada 2005-actualidad

CLINICA SANTA BIBIANA

Cirujano bariátrico de octubre 2012 - actualidad.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Cirujano grupo de cirugía en Bariátrica 2008

CLINICA PALERMO

Cirujano General y Laparoscópica 2001-2010

FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS

Cirugía general y laparoscopia avanzada 2001-2002

HOSPITAL DE FONTIBON

Cirujano General 2001-2002

E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS

Cirujano General 2001

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLÓGICA

Douglas Omar Ortiz Espinel

6073

CLINICA SAN DIEGO

Cirujano Gastrointestinal Oncológico 2000-2003

CLINICA REINA SOFIA

Jefe de Turno de Urgencias 2000-2001

HOSPITAL DE BOSA

Médico General Urgencias 1995

ESE HOSPITAL REGIONAL DE YOPAL (Casanare)

Médico Rural 1994

Miembro Activo de las Asociaciones:

Miembro Sociedad Americana de cirujanos endoscopistas SAGES

Miembro Federación Internacional de cirugía de la Obesidad IFSO

Sociedade Brasileira de Cirugía Bariátrica

Asociación latinoamericana de Cirugía Endoscópica ALACE

Sociedad Colombiana de Cirugía

Miembro sociedad Colombiana de Nutrición Clínica

Miembro de la asociación colombiana de obesidad y cirugía bariátrica

Conferencias:

Bypass Gástrico por laparoscopia: Congreso Nacional avances de cirugía Cartagena 2007.

Esplenectomía por vía Laparoscópica Curso de cirugía Laparoscópica y Bariátrica Clínica Palermo 2006.

Cursos

de Actualización

XIII World conrgress of endoscopic surgery. Puerto vallarta abril 22-27 2012.

10ª Convención internacional de gastroenterología Medellín agosto 21-22 2010

XXXVI Congreso Nacional avances de Cirugía.

Asociación Colombiana de Cirugía Bogota julio del 2010

27 Annual meting American Society for metabolic and Bariatric Surgery Las Vegas ju 21-26 del 2010

9th Annual Surgery of the Foregut Symposium, The Biltmore Hotel, Coral Gables, Florida, Febrero 15 – 17 2010.

XIV World Congress of the International Federation for the Surgery of Obesity

and Metabolic Disorders, Paris, Agosto 2009
ASOCIACION COLOMBIANA DE ASOCIACIONES DEL APARATO DIGESTIVO
"ACADI" Congreso Colombiano de Enfermedades Digestivas, Cartagena. Septiembre
17-19 de 2009,

XXXV Congreso Nacional avances en cirugía
Asociación Colombiana de Cirugía, Medellín, Agosto 2009.

VI Bienal Advanced Laparoscopic Surgery Symposium, Asociación Latinoamericana de
Endoscópica, Miami Beach, Julio 2009

Curso de Endoscopia Intestinal Inferior
ALACE- Asoc. De Cirujanos de Guatemala , julio 1 de 2008

Congreso Guatemala 2008
ALACE – Asoc., de Cirujanos de Guatemala, junio 30 al 4 julio - 2008

Día Quirúrgico Curso de Cirugía Bariátrica – Metabólica –Notes
ALACE – Asoc. de Cirujanos de Guatemala. Junio 30 de 2008.

Simposio Internacional “ Es la Cirugía Laparoscopica la ultima frontera”
Hotel Dan Carlton , marzo 14 y 15 de 2008 – Bogota.

Segundo Congreso Latinoamericano IFSO de Cirugía para la Obesidad.
México, Mayo 2007

XXI Congreso anual de Metabolismo y Soporte Nutricional. Sociedad
Colombiana de Nutrición Clínica Mayo 2007

Curso avanzado en endoscopia digestiva Bucaramanga, Abril 2007.

Congreso Intermedio Cirugía Endoscópica y Laparoscópica Sociedad
Colombiana de Cirugía Bucaramanga, Abril 2007.

Congreso Nacional de Avances en Cirugía, Sociedad Colombiana de Cirugía,
Agosto de 2006.

Curso Cirugía Bariátrica en Acción en el Congreso Nacional de Avances en
Sociedad Colombiana de Cirugía, Cartagena, Agosto de 2005.

Segundo Congreso Nacional y Primer Congreso Internacional de Obesidad.
Funcobes, Bogotá, Agosto de 2006.

VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica,
Asociación latinoamericana de Cirugía Endoscópica ALACE, Miami
Beach, Julio 2006.

Douglas Omar Ortiz Espinel

Curso de Postgrado Nuevas Tendencias y Controversias en Cirugía Laparoscópica en el VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica, Asociación latinoamericana de Cirugía Endoscópica ALACE, Miami Beach, Julio 2006.

Curso de Postgrado Cirugía Bariátrica Contemporánea en el VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica, Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica ALACE, Miami Beach, Julio 2006.

Curso de Postgrado Cirugía de Colon por Laparoscopia en el VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica, Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica ALACE, Miami Beach, Julio 2006.

Curso de Cirugía Laparoscópica y Bariátrica. Clínica Palermo. Conferencista, Bogotá, Junio de 2006.

VII Congreso Brasileiro de Cirugía Bariátrica, Florianópolis Brasil, Noviembre 2005.

Curso Teórico Avanzado de Cirugía de Obesidad durante VII Congreso Brasileiro de Cirugía Bariátrica, Florianópolis Brasil, Noviembre 2005.

Curso Cirugía Bariátrica en Acción en el Congreso Nacional de Avances en Sociedad Colombiana de Cirugía, Cartagena, Agosto de 2005.

Curso de Ecografía Fast. Federación Latinoamericana de Cirugía, Junio 2005.

Curso Interdisciplinario de Nutrición Clínica C.I.N.C Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral. Bogotá, Noviembre 2004.

Gestión de Recursos para Investigación y Proyectos, Universidad de San Buenaventura, Abril 2004.

Total Nutritional Therapy TNT, Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral, Bogotá, Julio 2002.

Curso de Gestión Integral por Calidad, Sociedad Colombiana de Cirugía, Bogotá, marzo 2002.

Curso de Herida e Infección Quirúrgica HIQ, FELAC y Sociedad Colombiana de Cirugía, Bogotá, Junio 2002.

Congreso Latinoamericano de Coloproctología y Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombiana de Cirugía, Bogotá, Agosto 2001.

Douglas Omar Ortiz Espinel

Congreso Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombina de Cirugía,
Cartagena, Agosto 2000.

Congreso Hernia Inguinal en el Nuevo Milenio, Sociedad Colombiana de
Cirugía, Bogotá, Abril de 2000.

Congreso de Actualización para Especialistas, Clínica Palermo, Bogotá,
Mayo de 2000.

Congreso Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombina de Cirugía, N
Agosto 1999.

Primer Simposio Internacional de Cirugía Laparoscópica, Colsanitas
Bogotá, Agosto 1999.

Primer Curso de Cirugía Laparoscópica en Patología Neoplásica,
Nacional de Cancerología, Bogotá, Diciembre 1999.

Congreso Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombiana de Cirugía, Cartagena
1998.

Congreso Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombina de Cirugía,
Bogotá, Agosto de 1997.

Congreso Nacional Avances en Cirugía, Sociedad Colombina de Cirugía,
Bogotá, Agosto de 1996.

Simposio de Actualización para Especialistas en la Vía Biliar y Páncreas,
Clínica Palermo, Bogotá, Marzo 1996.

Congreso Nacional de Avances en Cirugía, Sociedad Colombiana de
Bogotá, Agosto 1995.

Investigaciones

- Manejo del Trauma Hepático Severo con Empaquetamiento Abdominal 1997.
- Cáncer de Tiroides – Clínica San Rafael 1985-1995
- Síndrome de Hipertensión Abdominal en Paciente de Cuidados Intensivos – Clínica San Rafael 1997.
- Cáncer de Tiroides. Revista Foro Quirúrgico Colombiano, XXIII

Douglas Omar Ortiz Espinel

Handwritten signature or initials in the top right corner.

Congreso Nacional Sociedad Colombiana de Cirugía, Agosto 1997.

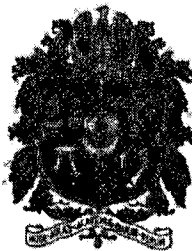
- Hernioplastia Inguino-Crural con Malla Abordaje Preperitoneal, Revista Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana de Cirugía Vol. 18, No 4, Oct- 2003. Págs. 211-217.
- Antibióticos Profilácticos en Apendicitis Aguda: Evaluación de un Protocolo, Revista Colombiana de Cirugía Asociación Colombiana de Cirugía Vol. 20, No 1, Ene-Mar 2005. Págs. 21-25.
- Co-autor Libro "Tácticas en Cirugía" Capítulo Isquemia Mesentérica. Universidad Rosario. Abril 2005.

DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

6 7 8

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Douglas Omar Ortiz Espinel

C.C. No. 79.473.745 EXPEDIDA EN BOGOTA.

QUIEN CUMPLIO SATISEFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE SANTA FE DE BOGOTA, DICIEMBRE 16 DE 1993

REAFIRMO LA VERDAD DE LO QUE SE DECLARA
SECRETARIA

0434-12-1

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIA DEL MINISTERIO

FACULTAD DE
Medicina
ACTA DE GRADO NUMERO 8020

[Handwritten signature]

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

EN SU SESION DEL DIA 16 DE NOVIEMBRE DE 1993

ACTA No. 42 CONSIDERANDO QUE :

Douglas Omar Ortiz Espinel

C.C. No. 79.473.745 BOGOTA

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS
ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL
TITULO DE :

Médico Cirujano

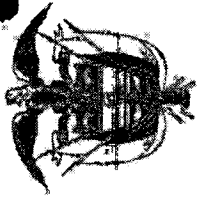
EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA
REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO
DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE
REGISTRADO AL FOLIO No. 165-L54N

Acuerdo número 156 de 1980 Consejo Superior Universitario

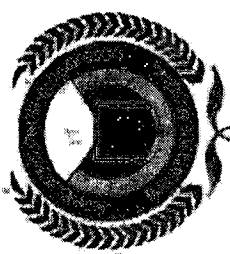
EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE STA FE DE STA A LOS 16 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1993

[Handwritten signature]
PRESIDENTE DEL CONSEJO

[Handwritten signature]
SECRETARIO DEL CONSEJO



República de Colombia
Ministerio de Defensa Nacional



Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que el Doctor

Douglas Omar Ortiz Espinel

C.C. 972 79.473.745 Registrado en Bogotá, D.S.

ha cumplido en el

Hospital Clínica San Rafael

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Cirugía General

Santafé de Bogotá, D.C. 29 de Febrero de 2000.

Rector Universidad Militar

Vicerrector Rectorado Universidad Militar

Jefe División Educación Médica Hospital Clínica San Rafael

Jefe Servicio Hospital Clínica San Rafael

Decano Facultad de Medicina

Jefe División Registro Rectorado Universidad Militar

6781

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"

Res. No. 12975 de Julio 23 de 1982 Min. Educación Nat.

Nº 21824



ACTA DE POST-GRADO Nº PG-1702-UMNG
ACTA Nº 094/2000 H.C.S.R. – J.E.M.

En Santafé de Bogotá, D.C., a los Veintinueve (29) días del mes de Febrero del año Dos Mil (2000) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: el señor Coronel **AUGUSTO PRADILLA GIRALDO**, Rector (Encargado); Doctor **MAURICIO GONZÁLEZ MEDINA**, Vicerrector Académico; Capitán de Navío Médico **GUILLERMO URREGO ACOSTA**, Decano de la Facultad de Medicina. Por parte del Hospital Clínica San Rafael: Hermano **EDILBERTO CASTILLO GONZALEZ**, Director; el Doctor **EDGAR ORDOÑEZ MORA**, Subdirector Científico y el Doctor **CARLOS ESPINOSA CORREA**, Jefe de Educación Médica, con objeto de estudiar los resultados académicos de un Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

Para el efecto se procedió como a continuación se indica.

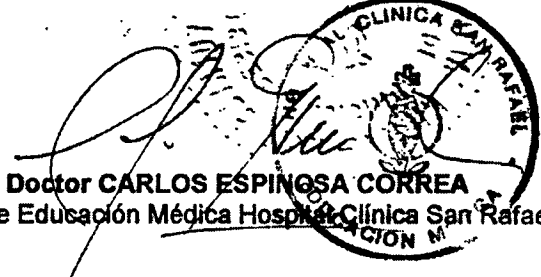
FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º. y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos Nº 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior – ICFES.

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Registro Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Clínica San Rafael por intermedio de su Director, han informado que el Profesional **DOUGLAS OMAR ORTÍZ ESPINEL**, identificado con la cédula de ciudadanía Nº 79.473.745 de Bogotá, D.E., ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Clínica San Rafael y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**, quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro PG-2852.

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.


Doctor CARLOS ESPINOSA CORREA
Jefe Educación Médica Hospital Clínica San Rafael

Siguen firmas al respaldo.....

Cirugía Laparoscópica Avanzada

Especialista en

HA COMPLETADO TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS
EXIGIDOS POR LOS ESTABLECIMIENTOS NIVEL ARGOS,
PARA OPTAR AL FIN. LO DA.

Douglas Omar Ortiz Espinel

EN ATENCIÓN A QUE

UNIVERSIDAD CES



ENTRADA EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA LEY DE EDUCACIÓN
AL OS 09 DIAS DEL MES DE AGOSTO DE 2013

Nombre: **Juan Carlos Ortiz Espinel**
Identificación: **1.234.567.890**

Profesión: **Cirujano General**
Especialidad: **Cirugía Laparoscópica**

Nombre: **Juan Carlos Ortiz Espinel**
Identificación: **1.234.567.890**

7/25/2

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional



La Universidad de Caldas
en atención a que

Douglas Omar Ortiz Espinel

C.C. No. 79473745 de BOGOTÁ D.C.

ha cumplido los requisitos que los estatutos exigen, le confiere el título de

**ESPECIALISTA EN
GASTROENTEROLOGÍA CLÍNICO
QUIRÚRGICA**

y le expide el presente diploma. En testimonio de ello,
se refrenda con las firmas y registro respectivos


Rector


Secretario General

Manizales, 21 de junio de 2011

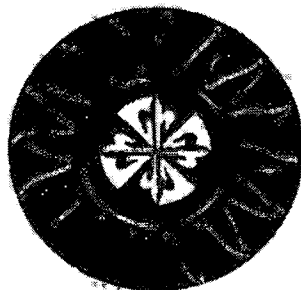
Oficina de Registro Académico Folio 120/016 del libro N° 4

N° 24799

THOMAS GRES & SONS.

República de Colombia

284



LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS

Autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
Teniendo en cuenta que

Douglas Omar Ortiz Espinel

C.C. 79.473.745 de Bogotá

Aprobó los estudios programados y cumplió con las exigencias
legales y reglamentarias, le confiere el Título de

Especialista en Auditoría en Salud

En constancia se firma y sella en Santafé de Bogotá, D.C.
a los 27 días del mes de Julio de 2001

El Rector General

El Decano de Facultad

El Secretario General

Registro Interno No. 621-1294-27-01-2001-94



Universidad Santo Tomás

PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA

ACTA DE GRADO 1294

(Libro 10.20, Folio 177)

En la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, el día 27 del mes de julio del año 2001, la Universidad Santo Tomás, en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, según Decreto Ejecutivo No. 1772 del 11 de julio de 1966, bajo la Presidencia del Señor Rector Padre Eduardo González Gil, O.P., actuando como Secretario el Doctor Enrique Martínez Ramón, celebró sesión solemne y pública con el objeto de otorgar el título a los estudiantes aspirantes al Grado,

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General de la Universidad, confirió el Título de

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

Código ICFES 17045610657110011100

a: DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL

79.473.745 Bogotá

El graduando emitió el Juramento de rigor por el que se comprometió a cumplir los deberes propios del ejercicio de su profesión, en conformidad con la Constitución Nacional, las Leyes de la República de Colombia y la Ética Cristiana y a mantener irrestricta lealtad a la Universidad Santo Tomás en su vida profesional. Seguidamente el señor Presidente procedió a la entrega del Diploma que le acredita para el ejercicio de su profesión de conformidad con la legislación vigente.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

Fdo. Eduardo González Gil, O.P., (Hay un sello)

Fdo. Enrique Martínez Ramón (Hay un sello)

Es fiel copia tomada del original en Bogotá el día 27 de julio de 2001.

El Secretario General,



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.11153 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL

C.C. No. 79.473.745

Expedida en Bogotá D.C.

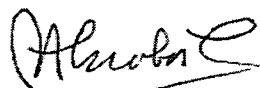
Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Especialización en Docencia Universitaria

Le confiere el Título de

Especialista en Docencia Universitaria

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,
a los treinta y un (31) días del mes de mayo del año dos mil siete (2007)


Rector


Director de Postgrados


Decano


Director del Programa


Secretario General

Registro 2346 Folio 85 Libro de Registro

21494

67
786



UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153/78 Ministerio de Educación Nacional

Handwritten signature

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No. 11153 de 1978 Reconocimiento Institucional como
Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 23 de mayo del año 2007, según consta en el Acta No. 866 y Acuerdo No. 9040 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL

79.473.745 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN DOCENCIA UNIVERSITARIA

En ceremonia solemne del día 31 de mayo del año 2007, se le hace entrega del diploma No. 21494, el cual aparece registrado con el No. 1346, al folio 83 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2007.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los treinta y un (31) días del mes de mayo del año dos mil siete (2007).

Handwritten signature of Jaime Escobar Triana
JAIME ESCOBAR TRIANA
RECTOR

Handwritten signature of Luis Arturo Rodríguez Buitrago
LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Sociedad Colombiana de Cirugía

Diploma

Otorgado al Doctor

Douglas Ortiz Espinol

como

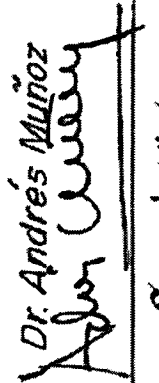
Miembro Activo

Bogotá, Agosto de 2000

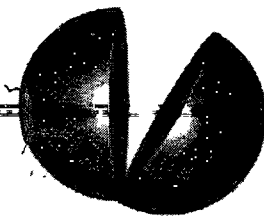
Dr. Carlos Lerma


C. Lerma

Dr. Andrés Muñoz


A. Muñoz

7X
782



**El Capítulo Latinoamericano de la Federación
Internacional para la Cirugía de la Obesidad IFSO**

Otorga el presente

DIPLOMA a

**DR. DOUGLAS OMAR
ORTIZ ESPINEL**

que lo acredita como

MIEMBRO ACTIVO

Cancún Q. Roo 28 de abril de 2007



Arthur B. Garrido Jr.
Capítulo Latinoamericano IFSO



Dr. John Melissas
Presidente

Federación Internacional para la
Cirugía de la Obesidad, IFSO

789



Sociedade Brasileira
de Cirurgia Bariátrica

Certificado

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica certifica que
o Dr. Douglas Imar Intiz faz parte do nosso
Quadro de Associados, na qualidade de Membro Associado

Prof. Dr. Fernando Luiz Barroso
Presidente

270



**CLEVELAND CLINIC
FLORIDA**

2950 Cleveland Clinic Boulevard, Weston, Florida 33331

Raul J. Rosenthal MD FACS
Director of The Bariatric Institute
Head Section of Minimally Invasive Surgery
Assistant Professor of Surgery
Ohio State School of Medicine
Telephone Number 954 - 659 5228
Fax Number 954 - 659 5256
E mail : rosentr@ccf.org

October 11th, 2005

Re: Letter of recommendation for Dr. Douglas Ortiz

To whom it may concern:

It is my privilege to write this letter on behalf of Dr. Ortiz. I have gotten to know Dr. Ortiz well during his stay at Cleveland Clinic Florida. We have scrubbed together on cases, we've seen patients in ICU, pre and postoperative settings and discussed professional matters on a daily basis. Dr. Ortiz spend 6 weeks at our Bariatric Institute and Section of Minimally Invasive surgery observing advanced laparoscopic and open procedures. He participated on our OR schedule, clinic and daily rounds. He also participated on our academic meetings including Journal Club and Research Updates.

Dr. Ortiz is an outstanding surgeon. His CV testifies to the breath of his academic achievements. Dr. Ortiz is an extremely dedicated, utterly honest and highly competent general and Bariatric surgeon. On a personal note Dr. Ortiz is a devoted father and husband. He is a person of substantial warmth and high professional standards.

Please, do not hesitate to contact me if you need any further information.

Respectfully submitted,

Raul J. Rosenthal MD

gresso Brasileiro
urgia Bariátrica

de novembro de 2005
o Santinho Resort & Spa
opolis - Santa Catarina

CERTIFICADO

Certificamos que DOUGLAS ORTIZ participou do VI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA realizado em Florianópolis-SC, no período de 16 a 20 novembro de 2005, na qualidade de CONGRESSISTA com carga horária de 40 horas e 40 minutos.



Sociedade Brasileira
de Cirurgia Bariátrica

Celso Luiz Empinotti
Presidente da Comissão Organizadora

Luiz Vicente Berti
Presidente da Comissão Científica

João Batista Marc
Presidente da SB

gresso Brasileiro
urgia Bariátrica

de novembro de 2005
o Santinho Resort & Spa
opolis - Santa Catarina

CERTIFICADO

Certificamos que DOUGLAS ORTIZ participou do Curso
"Teórico Avançado de Cirurgia de Obesidade", realizado
em Florianópolis-SC, durante o VII CONGRESSO
BRASILEIRO DE CIRURGIA BARIÁTRICA, no período
16 a 20 de novembro de 2005, com carga horária de
horas.

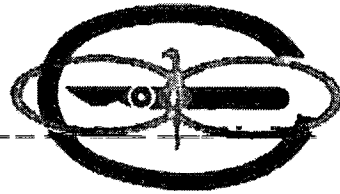


Sociedade Brasileira
de Cirurgia Bariátrica

Celso Luiz Empinotti
Presidente da Comissão Organizadora

Luiz Vicente Berti
Presidente da Comissão Científica

João Batista Marc
Presidente da SB



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

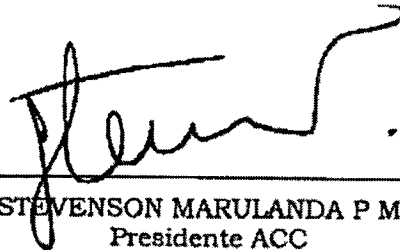
CERTIFICA

Que el Dr. DOUGLAS ORTIZ

Asistió al

CONGRESO INTERMEDIO ENDOSCOPIA Y CIRUGIA GASTROINTESTINAL

Celebrado en el Club Campestre de la ciudad de Bucaramanga,
del 15 al 18 de marzo de 2007, con una intensidad de 18 horas



STEVENSON MARULANDA P MD
Presidente ACC

794



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

tyco
Healthcare



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

CERTIFICA QUE:

DOUGLAS ORTIZ

ASISTIÓ AL:

CURSO PRECONGRESO

Cirugía Bariátrica en Acción

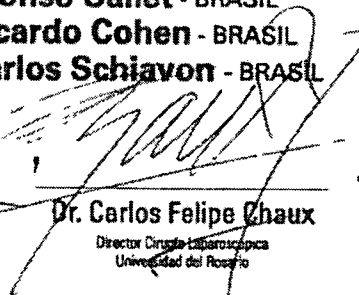
Realizado en el Centro de Convenciones, Cartagena de Indias - Colombia
los días 2 y 3 de Agosto de 2005 - Intensidad Horaria 20 horas TEÓRICAS

Conferencistas:

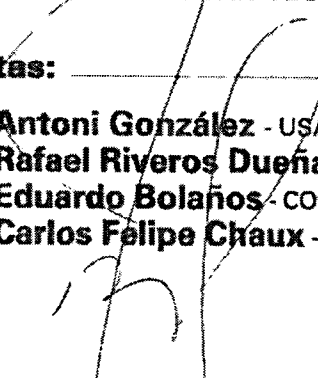
- Dr. Carlos Ballesta - ESPAÑA
- Dr. Nestor De La Cruz - USA
- Dr. Afonso Sallet - BRASIL
- Dr. Ricardo Cohen - BRASIL
- Dr. Carlos Schiavon - BRASIL
- Dr. Antoni González - USA
- Dr. Rafael Riveros Dueñas - COLOMBIA
- Dr. Eduardo Bolaños - COLOMBIA
- Dr. Carlos Felipe Chaux - COLOMBIA


Dr. Rafael Riveros Dueñas

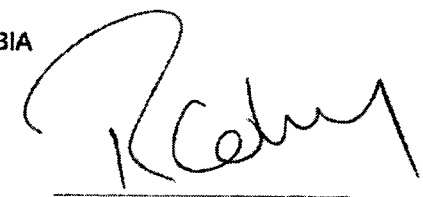
Decano Facultad de Medicina
Universidad del Rosario


Dr. Carlos Felipe Chaux

Director Cirugía Laparoscópica
Universidad del Rosario


Dr. Eduardo Bolaños

Coordinador Cirugía Bariátrica
Clínica para la Obesidad


Dr. Ricardo Cohen

Director Centro de Tratamiento de Obesidad y Diabetes
Hospital Sao Camilo-Sao Paulo - Brasil



296

DIPLOMA

**Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica A
confiere el presente diploma a:**

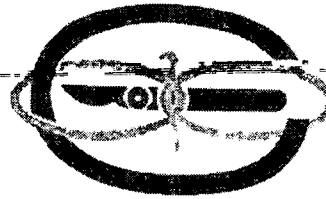
Dr. DOUGLAS ORTIZ ESPINEL

su asistencia al Curso de Postgrado CIRUGÍA BARIATRICA CONTEMPORÁNEA en el VII CO
MERICANO DE CIRUGÍA ENDOSCOPICA, llevado a cabo el 15 de Julio en el Hotel Loews, M

**JUAN ZUNDEL
DENTE ALACE**

O I
SEC
- 1

IBARRA



ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA

CERTIFICA

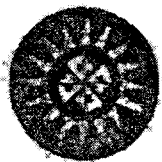
QUE DOUGLAS OMAR ORTIZ

Asistió al

CONGRESO INTERMEDIO
"CIRUGIA BARIATRICA Y TOPICOS SELECTOS EN PATOLOGIA
DIGESTIVA"

Celebrado en el Salón Rojo del Hotel Tequendama de Bogotá.D.C., Los días 24 y
25 de abril de 2003 con una intensidad de 18 horas

JULIO ALBERTO NIETO SILVA M.D.
Presidente
Asociación Colombiana de Cirugía



UNIVERSIDAD
SANTO TOMAS
PRIMER CLAUSTRO UNIVERSITARIO DE COLOMBIA
FACULTAD DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

CERTIFICA QUE:

Douglas Omar Ortiz Espinel

Identificado con Cédula de Ciudadanía N°. 79'473.745 de Bogotá

asistió y aprobó el
"DIPLOMADO EN ALTA GERENCIA EN SALUD"

con una intensidad de 110 horas presenciales.
Para constancia, se firma en Bogotá, D.C., septiembre de 2001

EDUARDO CARDONA RODRÍGUEZ
DECANO ACADÉMICO
FACULTAD DE ECONOMÍA

CARLOS IVÁN RODRÍGUEZ MELO
DIRECTOR DEL DIPLOMADO

OMAR PARRA ROZO
DIRECTOR UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADOS

SEÑOR

JUEZ 8 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

JUN 11 '15 PM 4:42

74 for

14-350
17 ccto

JUZ 8 CIVIL CTO. BOG

Ref: Radicación: 2014-450

Ordinario de Responsabilidad Civil

Demandante: LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ
RODRIGUEZ Y OTROS

Demandado: DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL Y
OTROS.

CAROLINA PUERTO USECHE, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.314.470 de Neiva y titular de la tarjeta profesional No. 177.753 del C.S.J., actuando como apoderada del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, según consta en el poder que obra en el expediente, procedo a dar contestación a la demanda presentada por la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ y otros, en los siguientes términos:

**I. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS
PRETENSIONES DE LA DEMANDA:**

En mi calidad de apoderada del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL ME OPONGO TOTALMENTE A LA PROSPERIDAD DE TODAS Y CADA UNA DE LAS PRETENSIONES ESBOZADAS EN LA DEMANDA, ya que CARECEN TOTALMENTE de fundamentos fácticos y jurídicos para su procedencia, pues tal como se probará, en este caso no se configuran los elementos de la responsabilidad civil pues no existe una conducta culposa que se pueda imputar a mi poderdante como tampoco está presente un nexo causal entre el acto médico realizado por el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL y el presunto daño alegado por los demandantes, los argumentos por los cuales me opongo a las

pretensiones alegadas en la demanda los expongo en las consideraciones hechas a las excepciones de mérito propuestas.

II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1º: NO NOS CONSTA por ser un hecho que escapa del conocimiento directo de mi poderdante, es un hecho que deberá probarse.

AL HECHO 2º: NO ES CIERTO, pese a ser un hecho que escapa del conocimiento directo de mi poderdante, es un hecho que obra reseñado en la historia clínica, puntualmente en las anotaciones hechas el 6 de marzo y 13 de marzo de 2007 (ANOTACIONES PREVIAS A LA CIRUGÍA BARIATRICA) de **psicología y psiquiatría** en donde se escribe: paciente con problemas familiares SEPARADA, con dos hijos adolescentes uno de los cuales VIVIE EN ESTADOS UNIDOS CON EL EX ESPOSO.

Así se observa en las anotaciones de la historia clínica de la paciente:

	Clínica San Rafael Nit: 860015888-9 Cra. 8 No. 17 - 45 Sur Tel. 3 28 2300	Primera Vez Historia Clínica No. 234236 Inicio Atención: 2007/03/13 12:58:00 Fin Atención: 2007/03/13 19:27:00
IPS Atención: Hospital Universitario Clínica San Rafael		
Paciente:	LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ	Identificación: CC 31246604
Sexo:	FEMENINO	Edad: 54 Años 4 Meses 6 Días
Fecha Nac:	1952/11/08	Grupo Atención: Otros
IPS Primaria:		Regional:
Fecha Ingreso:	2007/03/06	Hora Ingreso: 13:59:11
Nro Cuenta:	184975	Ocupación: Independiente
Dirección:	KR 32 90 57 7502487	Teléfono: 7502587/3212477707
Convenio:	Cruz blanca eps - Tipo Afiliado: COTIZANTE	Ambito Realización: AMBULATORIO
Causa Externa:	ENFERMEDAD GENERAL	
Finalidad:	DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO	
Acompañante:		Tel:
Responsable del Usuario:		Tel:
Parentesco Responsable:		
Motivo Consulta:	REMITIDA POR PROTOCOLO DE CIRUGIA BARIATRICA	
Enfermedad Actual:	OBESIDAD QUE INICIA CON EL EMBARAZO HASTA LOS 105KG POSTERIOR A CIRUGIA DE HERNIA UMBILICAL EN 1999 COMIENZA A AUMENTAR HASTA LA ACTUALIDAD 125KG. CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPARADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA. PROBLEMAS ARTICULARES. LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD.REQUIRIO MANEJO CONJ PSQUIATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON EL HIJO.	



Clínica San Rafael

Nit: 860016888-9

Cra. 8 No. 17 - 46 Sur Tel. 3 28 2300

Primera Vez: Historia Clínica

No. 229105

Inicio Atención: 2007/03/06 15:10:00

Fin Atención: 2007/03/06 15:28:00

IPS Atención: Hospital Universitario Clínica San Rafael

Ciudad: Bogotá D.C.

Paciente: LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ

Identificación: CC 31246604

Estado Civil: CASADO

Sexo: FEMENINO

Edad: 54 Años 3 Meses 27 Días

Fecha Nac: 1952/11/08

Grupo Atención: Otros

IPS Primaria:

Regional:

Fecha Ingreso: 2007/03/06

Hora Ingreso: 13:59:11

Nro Cuenta: 184975

Ocupación: Independiente

Dirección: KR 32 90 57

7502487

Teléfono: 7502587/3212477707

Convenio: Cruz blanca eps - Tipo Afiliado: COTIZANTE

Ambito Realización: AMBULATORIO

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad: DETECCION DE ALTERACIONES DEL ADULTO

Acompañante:

Tel:

Responsable del Usuario:

Tel:

Parentesco Responsable:

Motivo Consulta: PROTOCOLO CIRUGIA BARIATRICA - VALORACION PSICOLOGICA

Enfermedad Actual: MUJER DE 54 AÑOS SEPARADA CON DOS HIJOS ADOLESCENTES REFIERE DIFICULTAD PARA CONTROLAR IMPULSOS EN CUANTO A INGESTA DE ALIMENTOS Y COMPRA COMPULSIVA. REFIERE ESTAR MEDICADA DESDE EPISODIO HIPOMANIACO NO RECUERDA NOMBRE DE LA MEDICACION. MANIFIESTA TENDENCIA CONSUMIR ALIMENTOS CONSTANTEMENTE TENDENCIA AL SEDENTARISMO Y AL AISLAMIENTO. SU RED DE APOYO ES ESCASA Y CONFLICTIVA. EXISTE COMPRENSION FRENTE AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Por tal motivo no es cierto que la paciente se encontrara casada y que fue abandonada por su esposo dada su situación física actual, como se puede ver en las notas reseñadas la paciente manifestó ser separada con problemas familiares y con manejo antecedente por psiquiatría.

AL HECHO 3°: NO NOS CONSTA por ser un hecho que escapa del conocimiento directo de mi poderdante, es un hecho que deberá probarse.

AL HECHO 4°: NO NOS CONSTA por ser un hecho que escapa del conocimiento directo de mi poderdante, es un hecho que deberá probarse. No obstante, debe tenerse en cuenta que en este numeral el apoderado demandante menciona a los señores SONIA AHIDA RAMIREZ, IVAN DARIO RAMIREZ RODRIGUEZ y GERMAN ANDRES RAMIREZ RODRIGUEZ, frente a los cuales DESISTIÓ de incluirlos como extremo actor en la presente demanda, tal como obra en el escrito presentado al juzgado como subsanación de la demanda.

AL HECHO 5°: ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a transcripción de **aportes** de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 6°: ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a transcripción de **aportes** de la historia clínica de la paciente.

002

AL HECHO 7°: ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a transcripción de **apartes** de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 8°: NO ES CIERTO pues lo consignado en este numeral ES TRANSCRIPCIÓN DESCONTEXTUALIZADA Y **ERRADA** DE APARTES que corresponden a la historia clínica de la paciente, pues en la valoración mencionada se escribe HB 9.32 y Hcto 28 y fue transfundida con 2U de GRE.

AL HECHO 9°: NO ES CIERTO pues lo consignado en este numeral ES TRANSCRIPCIÓN DESCONTEXTUALIZADA Y **ERRADA** DE APARTES que corresponden a la historia clínica de la paciente. LO DICHO EN ESTE HECHO CORRESPONDE A LO ANOTADO EN LA EVOLUCIÓN DEL 23/03 a las 3:20 am.

AL HECHO 10°. NO ES CIERTO pues lo consignado en este numeral ES TRANSCRIPCIÓN DESCONTEXTUALIZADA y **ERRADA** DE APARTES que corresponden a la historia clínica de la paciente, la evolución de fecha 26/03 a las 6:25, menciona: "mejoría clínica, niega dolor abdominal, está tolerando adecuadamente la vía oral, por buena evolución post operatoria se decide dar salida, se dan recomendaciones para manejo de la región glútea" entre otras anotaciones.

AL HECHO 11°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a transcripción de **apartes** de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 12°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente, no obstante, para esa fecha la paciente llevaba **20 días de operada.**

AL HECHO 13°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

#203

AL HECHO 14°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 15°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 16°. °. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente. No obstante cabe anotar que el reingreso fue dos meses después del egreso de la paciente, en ese lapso de tiempo la señora Ramirez Rodriguez no asistió a controles ni consultó por urgencias ni por consulta externa, solo ingresó dos meses después por urgencias manifestando que vomitaba todo, por lo tanto se desconoce la evolución de la paciente o alteraciones que pudiera presentar en ese lapso de tiempo, lo que refleja una falta de adherencia al tratamiento impuesto pues debe tenerse en cuenta que al egreso a la paciente se le dio indicación de las citas de controles a las que no asistió.

AL HECHO 17°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 18°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 19°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

No obstante se informa al despacho que la paciente no tenía buena tolerancia a la vía oral y por este motivo se solicitó un **ESTUDIO DENOMINADO VÍAS DIGESTIVAS ALTAS** que consiste en suministrar a la paciente medio de contraste y tomar radiografías para evaluar la anatomía del tubo digestivo proximal e identificar posible obstrucción, el reporte de este examen informó edema severo y pobre paso del medio de contraste distalmente, el tratamiento que se debe

304

seguir ante esta situación es tratar de aumentar el diámetro del tubo gástrico y facilitar el paso de los alimentos distalmente, esto se logra con endoscopia de vías digestivas y dilatación con un balón que fue lo que se ordenó realizar a la paciente, examen que se hizo el 4 de junio por el Dr. Rómulo Vargas, profesional que consignó: "luz tubular, en zona media se observa una estenosis concéntrica infranqueable, deja una luz muy pequeña, se pasa balón dilatador de Boston Scientific el cual se insufla en la anastomosis bajo control manométrico y endoscópico hasta 8 atm, 15 mm, siendo luego franqueable el sitio fácilmente, sin resistencia, llegando hasta píloro y duodeno, que son de aspecto normal", es decir, se consigue el objetivo del procedimiento.

La estenosis es una de las complicaciones previamente informadas a la paciente, ésta es una estrechez o disminución del diámetro de algún segmento del tubo digestivo, con la endoscopia realizada se logra superar el sitio de obstrucción.

AL HECHO 20°. ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente.

AL HECHO 21°. NO ES UN HECHO, es una consideración subjetiva del apoderado de la demandante, la dilatación endoscópica con balón no es un procedimiento de emergencia, éste se realiza bajo programación, además en este caso la paciente no presentaba sangrado alguno que es indicación de urgencia en procedimientos endoscópicos, razón para considerar que no se trataba de un procedimiento de emergencia ni tampoco que se haya presentado falta de oportunidad en la atención pues el procedimiento se realizó por el Dr. Rómulo Vargas.

AL HECHO 22°: ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL QUE CORRESPONDE a TRANSCRIPCIÓN DE APARTES de la historia clínica de la paciente. En relación con la estenosis en anastomosis gastroyeyunal es importante decir que ésta es una complicación contemplada por la literatura médica científica como una de las complicaciones al procedimiento de cirugía bariátrica que se realizó a la paciente, por tal razón en el acto de consentimiento informado a la paciente se le puso de presente los siguientes riesgos o posibles complicaciones: fistulas intestinales, abscesos intraabdominales,

14805

infección de las heridas, obstrucción del tubo digestivo, estenosis que requiera dilatación endoscópica o reoperación, de la información de las complicaciones inherentes a este tipo de procedimientos se dejó constancia en el consentimiento informado en el que la ahora demandante imprimió su firma, adicionalmente, el manejo dado a esta complicación fue el correcto ya que se realizó laparoscopia diagnóstica con retiro de banda y liberación de adherencias el 9 de junio de 2007, la paciente luego de esta intervención evolucionó de forma satisfactoria.

En relación con esta complicación la literatura señala que la presentación de estenosis de la anastomosis gastroyeyunal varía en los diferentes grupos con porcentajes que van desde el 1% al 25% y aunque puede considerarse como complicación temprana también se observa varias semanas a meses después de la cirugía. Su manejo inicial es endoscópico y mediante dilataciones progresivas que disminuyan el riesgo de perforación.

AL HECHO 23º: ES CIERTO, lo dicho en este numeral corresponde a lo consignado en la historia clínica de la paciente y se aclara que el Dr. Rómulo Vargas realizó la endoscopia de vías digestivas altas con el fin de realizar la dilatación para mejorar el paso de la zona que se encontraba con estrechez, **lográndose dilatar el paso** pues el profesional consignó "se pasa balón dilatador de Boston Scientific el cual se insufla en la anastomosis bajo control manométrico y endoscópico hasta 8 atm, 15 mm, siendo luego franqueable el sitio fácilmente sin resistencia, llegando hasta píloro y duodeno que son de aspecto normal".

AL HECHO 24º: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, se aclara que la paciente llevaba 2 meses de operada y ya se encontraba desde antes del reingreso con manejo de los signos de infección del sitio operatorio, sin embargo, en consulta del 30 de abril no se existían signos de infección de la herida quirúrgica, adicionalmente en esa oportunidad el galeno ordenó que la paciente se realizara esofagograma y vías digestivas altas, exámenes que la paciente no se hizo pues al reingreso el 29 de mayo, es decir, 1 mes después de que se ordenaran no se los había hecho, no obstante, en su hospitalización se tomaron los exámenes una vez se dio tratamiento a la insuficiencia renal que presentó.

15806

AL HECHO 25°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, es importante señalar que la interconsulta con siquiatría se realizó porque la paciente siempre se manifestó poco colaboradora con el personal médico para la realización de los procedimientos, además, teniendo en cuenta sus antecedentes de depresión y de tratamiento psiquiátrico, se solicitó interconsulta y así lo deja consignado el siquiatra quien señala: *"paciente con complicaciones de cirugía bariátrica, con trastorno del afecto y poca colaboración con los procedimientos"*.

AL HECHO 26°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, valga aclarar que la paciente luego de tener su consulta con siquiatría accedió a la realización del examen y en éste no se observó la presencia de fistula.

AL HECHO 27°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, se aclara que **ESTOS DIAGNÓSTICOS SON ANTECEDENTES A LA CIRUGÍA BARIATRICA** de la paciente pues son **inherentes a su patología de obesidad** y se dan en este caso por mal control del colesterol y triglicéridos.

AL HECHO 28°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, es importante señalar que una vez se realizó la dilatación por endoscopia era necesario certificar que la dilatación estuviera siendo efectiva, sin embargo, la paciente se niega a tomarse el medio de contraste por lo que se decide continuar el manejo establecido a la espera de toma de examen, empero, al no poderse realizar el examen se decide llevar a la paciente a laparoscopia.

AL HECHO 29°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, la paciente tenía obstrucción del tránsito de alimentos a nivel del estómago operado, el manejo inicial se hace con dilataciones endoscópicas las cuales se realizaron con respuesta inicial satisfactoria con reaparición de síntomas, motivo por el cual se debía

15807

pasar al siguiente paso que es estudiar la anatomía directamente a través de laparoscopia para descartar que haya alguna otra causa diferente que esté produciendo obstrucción, motivo por el cual se planteó la posibilidad de realizar laparoscopia y evaluar la cavidad abdominal, teniendo en cuenta que se trata de una complicación que se puede presentar de acuerdo con la literatura médica y también en vista del tratamiento a seguir en el consentimiento informado igualmente se informó la posibilidad de necesitar una reintervención.

AL HECHO 30°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, se encontró que existía obstrucción parcial y adicionalmente tenía múltiples adherencias intestinales y peritoneales es decir que la cicatrización del organismo estaba generando obstrucción al paso de alimentos por el estómago, motivo por el cual se decidió liberar las adherencias para mejorar el tránsito y retirar la banda para disminuir el edema y facilitar la ingesta de alimentos.

Es importante señalar que la estenosis u obstrucción son complicaciones de este procedimiento, por cuanto con la cirugía bariátrica lo que se pretende es la restricción de la ingesta de alimentos, complicación que fue informada en forma previa a la paciente.

AL HECHO 31°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

AL HECHO 32°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

AL HECHO 33°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

AL HECHO 34°: ES CIERTO, SIN EMBARGO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDEN A EXTRACTOS NO CONSECUTIVOS DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE.

17808

AL HECHO 35°: NO ES CIERTO, TAL COMO ESTA ANOTADO, LA NEUMONIA NOSOCOMIAL NO era un diagnóstico confirmado sino una sospecha diagnostica porque la paciente tuvo fiebre y tos y en los RX se reportaba sospecha de que tenía infiltrados.

AL HECHO 36°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, sin embargo, los hemocultivos fueron negativos, además el Staphylococcus Epidermidis es una bacteria que hace parte de la flora normal de la piel. El hallazgo de Staphylococcus Epidermidis en el resultado de cultivo en la punta de catéter no está relacionado con una condición patológica de la paciente, es más infectología consideró que en ese momento no tenía infección por lo que no coloco antibióticos.

AL HECHO 27°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, infectología consideró que NO TENÍA NEUMONIA NOSOCOMIAL y sospecha una infección por lo que solicita exámenes para confirmación de posible infección y no inicia antibióticos porque considera que no se necesitan en ese momento.

AL HECHO 38°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, se subraya que en esa consulta no existían signos de infección, también se subraya que LA PACIENTE SIEMPRE FUE MUY POCO COLABORADORA, no obstante, siempre se realizó indicación de continuar con la terapia física y de no estar siempre acostada, de realizar movilización y deambulación precisamente para evitar la generación de ampollas por estar siempre acostada en la misma posición.

AL HECHO 39°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

AL HECHO 40°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, es decir, LA PACIENTE NO TENIA

8509

NEUMONIA NOSOCOMIAL, NO TENIA INFECCIÓN, por lo que se considera el manejo ambulatorio, razón por la que se consideró que no era necesario ordenar antibiótico.

AL HECHO 41°: NO ES CIERTO, TAL CUAL COMO ESTÁ CONSIGNADO CORRESPONDE A UN EXTRACTO DESCONTEXTUALIZADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LA PACIENTE.

En la nota del día 30 de junio de 2007 se describe: PACIENTE ESTABLE SIN SIRS – es decir sin infección - CON ADECUADA TOLERANCIA A LA VIA ORAL SIN SIGNOS DE INFECCIÓN VLORADA POR INFECTOLOGIA QUIENES CONSIDERAN QUE LA PACIENTE NO CURSA CON PROCESO INFECCIOSO POR LO CUAL SE DA SALIDA CON TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL, MANEJO POR SIQUIATRIA SE DA SALIDA CON EUTRIXIN –para el hipotiroidismo- Y FORMULA DE VITAMINAS (la cual se adjunta en los anexos de esta contestación).

A la paciente se le hizo énfasis en el consumo EN EL POST OPERATORIO Y DE POR VIDA DE VITAMINAS DEL COMPLEJO B, INYECTABLES, MULTIVITAMINAS, CALCIO, VITAMINA D Y ÁCIDO FÓLICO, ADICIONALMENTE:

BEDOYECTA AMP x 2 mls

CALTRATE 600 mg + vit D tabletas

BIOCALCIUM D sobres efervescentes

CENTRUM SILVER CON LUTEINA TABLETAS.

AL HECHO 42°: NO ES CIERTO COMO ESTA ANOTADO, LO DCIHO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDEN A EXTRACTOS DE LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE FECHA 9 DE AGOSTO DE 2007, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A UNA SOSPECHA DIAGNOSTICA NO CONFIRMADA.

AL HECHO 43°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA

79 810

HISTORIA CLÍNICA, sin embargo es importante resaltar que la paciente NO ASISTÍA A LOS CONTROLES POST QUIRURGICOS, como se ve en este caso la paciente vuelve a consultar luego de pasado más de un mes de haberse dado de alta el 30 de junio de 2007.

AL HECHO 44°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, es importante señalar que no se confirma aquí un diagnóstico y se continúa buscando la causa del déficit neurológico.

AL HECHO 45°: NO ES CIERTO TAL CUAL COMO ESTA ANOTADO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A UN EXTRACTO DESCONTEXTUALIZADO DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA ANOTACIÓN CORRECTA SEÑALA: *"ANALISIS: PACIENTE CON DX ANOTADOS SIN SRS, TIENE PARCIAL DE ORINA DUDOSO POR LO QUE SE SOLICITA CON Sonda UN GRAM DE ORINA SIN CENTRIFUGAR SE VALORA JUNTO CON DR RAMIREZ QUIEN CONSIDERA LA POSIBILIDAD DE POLINEUROPATIA CON ORIGEN CARENCIAL COMO PRIMERA ETIOLOGÍA AUNQUE SE DEBEN CONTINUAR ESTUDIOS POR LO QUE SE SUGIERE DESCARTAR VASCULITIS POR LO QUE SE SOLICITA PERFIL DE AUTOINMUNIDAD POR LA HIPERFOSFATEMIA CONSIDERA DESCARTAR HIPERPARATIROIDISMO POR LO QUE INDICA SOLICITAR NUEVAMENTE FÓSFORO CALCIO SERICO Y IONICO CALCIO EN ORINA Y PTH SERICA INDICA VALORACIÓN POR TERAPIA FISICA PARA INICIO DE RECUPERACIÓN FÍSICA Y NUTRICIONAL PARA AJUSTE DIETARIO, INDICA CONCEPTO DE GASTROENTEROLOGÍA DADO ESTREÑIMIENTO CRONICO Y POSIBILIDAD DE MALABSORCIÓN SE INICIA SUPLENCIA NUTRICIONAL CON VITAMINAS B12 Y ACIDO FÓLICO GLICEMIA PARA DESCARTAR COMPROMISO METABOLICO PENDIENTE NEUROCONDUCCIONES Y TAC DE TORAX SS VALORACIÓN POR SIQUIATRÍA"*.

Como puede verse de la anterior anotación se evidencia que no existe un diagnóstico sino una sospecha diagnóstica, por lo que se recomienda

28/11

descartar otras posibles causas, razón para que se haya considerado como diagnóstico polineuropatía inflamatoria no especificada.

AL HECHO 46°: ES CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A EXTRACTOS DE LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA.

AL HECHO 47°: PARCIALMENTE CIERTO, LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL CORRESPONDE A LA ANOTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA QUE CONSIGNA: "PACIENTE CON DX ANOTADOS, TIENE PENDIENTE PERFIL DE AUTOINMUNIDAD SE AJUSTA REPOSICIÓN DE POTASIO POR PERSISTENCIA DE HIPOKALEMIA SE CONTINUA ANTIBIOTICOTERAPIA CON CIPROFLOXACINA SE TOMO UROCULTIVO PENDIENTE REPORTE DE PTH SE CONTINUA SUPLENCIA CON VITAMINA B12 Y ACIDO FÓLICO..."

AL HECHO 48°: NO ES CIERTO LO CONSIGNADO EN ESTE NUMERAL, pues la paciente previo a la cirugía bariátrica presentaba EVENTRACIÓN GIGANTE, tal como se evidencia en la nota de 19 de febrero de 2007 en la que se observa la **eventración abdominal gigante post histerectomía realizada en 1999**, por lo tanto, era un antecedente de la paciente previo a la cirugía realizada por el Dr. Douglas Omar Ortiz.

En relación con LA ESTENOSIS en una complicación de la cirugía bariátrica que está explicada en el consentimiento informado que se manejó correctamente primero por medio de endoscopia y posteriormente por cirugía lográndose la resolución de la complicación.

La concreción de ADHERENCIAS ABDOMINALES se genera únicamente por la forma de cicatrización de la paciente y es inherente a las cirugías intraabdominales.

En relación con la POLINEUROPATÍA, nunca se determinó la real causa de la misma, se clasificó como multifactorial porque pudo obedecer a diferentes causas pero nunca se diagnosticó que la misma fuera de origen nutricional.

27 8/12

AL HECHO 49°: NO NOS CONTA.

AL HECHO 50°: NO ES CIERTO, ES IMPOIRTANTE SEÑALAR QUE LA PACIENTE TENIA ANTECEDENES DE DEPRESIÓN Y SE ENCONTRABA EN TRATAMIENTO POR SIQUIATRIA

AL HECHO 51°: NO NOS CONSTA

AL HECHO 52°: NO ES CIERTO, EN ANOTACIONES DE HC DE SIQUIATRIA SE EVIDEDNCIA QUE LA PACIEDNTE YA NO TENIA UNA RELACIÓN ESTABLE CON SU ESPOSO, SE SEÑALA QUE ERA SEPARADA Y QUE NO VIVIA CON SUS HIJOS.

AL HECHO 53°: NO NOS CONSTA.

III. EXCEPCIONES DE MÉRITO:

Previo a exponer las excepciones que fundamentan la defensa del Dr. Douglas Omar Ortiz, es importante señalar que la paciente LUZ STELLA RAMIREZ padecía de una **enfermedad grave** denominada **OBESIDAD**, para el caso de la paciente se trataba de una **OBESIDAD MÓRBIDA u OBESIDAD GRADO III**, ya que presentaba un índice de masa corporal de 47. Se habla de enfermedad grave a la luz de lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud que señala que la **obesidad** es una enfermedad causada por el desequilibrio entre el ingreso de energía y su gasto, lo que resulta en un balance positivo y en la acumulación de grasa con el consecuente aumento de peso, dicho trastorno metabólico y nutricional **trae consecuencias serias para la salud.**

La OMS señala que la obesidad conlleva un incremento en el porcentaje de grasa corporal, generalmente acompañado de aumento de peso, cuyo monto y distribución condicionan la salud del individuo. Es decir, el exceso de calorías en relación con el gasto calórico de un individuo lleva a la acumulación de grasa corporal.

27/3

Un IMC elevado es un importante **FACTOR DE RIESGO DE ENFERMEDADES** no transmisibles, como:

- ✓ Las **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES** (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2012 fueron la causa principal de defunción;
- ✓ La **DIABETES**;
- ✓ Los **TRASTORNOS DEL APARATO LOCOMOTOR** (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y
- ✓ Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la **CAUSA PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN**; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

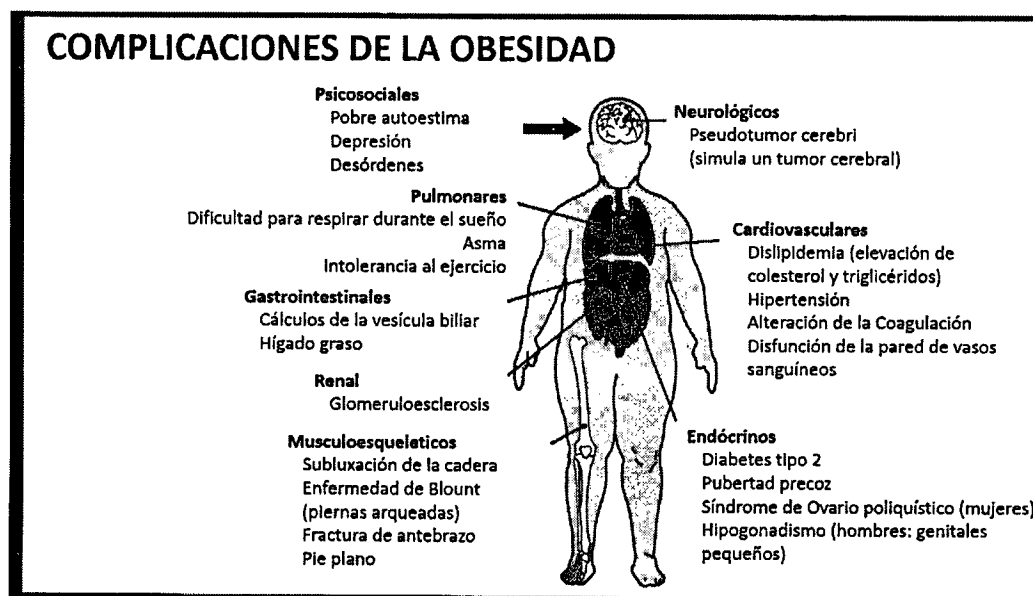
El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC, además de las mencionadas existen **OTRAS COMORBILIDADES** como:

- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Intolerancia a carbohidratos
- Diabetes mellitus de tipo 2
- Síndrome metabólico
- Arteriosclerosis
- Coronariopatía
- Artritis degenerativa de articulaciones de extremidades inferiores y columna vertebral
- Síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño
- Esteatosis hepática
- Colelitiasis
- Trombosis venosa profunda
- Enfermedad varicosa de miembros inferiores
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Incontinencia urinaria
- Infertilidad – amenorrea

23/8/14

- Síndrome de ovario poliquístico
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de mama
- Cáncer de próstata
- Cáncer de colon
- Dermatitis
- Depresión
- Seudotumor cerebral

Se puede decir entonces que la paciente padecía una enfermedad grave que traía consigo comorbilidades y que si no recibía tratamiento para esta grave enfermedad podría sufrir múltiples complicaciones que están descritas en líneas anteriores y que se observan más claramente en la gráfica, para ello era completamente necesario la realización de la cirugía bariátrica pues con ésta se buscaba perder peso, pero además de eso mejorar las enfermedades asociadas y prevenir la aparición de nuevas complicaciones relacionadas con la obesidad, recordemos que la paciente luego de la manga gástrica bajó alrededor de 44 kilos en dos meses, lo que obviamente redundó en bienestar para la paciente y para sus comorbilidades.



Hechas estas precisiones, las excepciones de mérito que soportan la defensa de mi poderdante, el doctor Douglas Omart Ortiz son las siguientes:

1. INEXISTENCIA DE ACTO MEDICO CULPOSO - ADECUADA PRÁCTICA MÉDICA.

Es sabido que la responsabilidad médica exige para su configuración la prueba de la existencia de la culpa en la actuación del profesional, así lo destaca la doctrina que puntualmente señala¹ “(...) Así las cosas, no pudiendo – o mejor no debiendo- acudir a criterios objetivos, **en la responsabilidad galénica, de una parte, es menester establecer fehacientemente, en cada caso concreto, el elemento culpa- o dolo, propiamente dicho -, o la falla del servicio en el campo de la responsabilidad del Estado**, en algunas naciones, no resultando pertinente, por consiguiente, presumir a priori ningún actuar incorrecto o lesivo y, de la otra, que se requiere que el interesado, específicamente el paciente, acredite o pruebe la culpa del médico (o la inadecuada prestación del servicio médico, en el campo de lo público), en atención a que sobre él recae dicha carga, por regla general, desde luego con algunas excepciones que registraremos, a fin de no tornar inequitativa a fuer que lesiva esta coordinada (...)”.

De la misma forma la jurisprudencia establece el carácter subjetivo de la responsabilidad civil médica exigiendo la demostración de la culpa en el acto médico, señalando puntualmente lo siguiente²:

“(...) En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la **culpa**, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente **en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas** (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente *"el médico, en el ejercicio de*

¹ JARAMILLO JARAMILLO, Carlos Ignacio. La culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica. Grupo Editorial Ibañez. Bogotá 2010. Pág. 130.

² CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado ponente: WILLIAM NAMÉN VARGAS. Bogotá, D. C., diecisiete (17) de noviembre de dos mil once (2011). Discutida y aprobada en Sala de treinta (30) de agosto de dos mil once (2011). Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01.

816

su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza", incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio (...)

Pues bien en el presente caso se trató de una paciente remitida con un diagnóstico de obesidad mórbida con índice de masa corporal de 47, con **comorbilidades** como *hipotiroidismo*, *hernia ventral gigante*, *dislipidemia* (alteración de colesterol y triglicéridos) y múltiples intentos de controlar el peso fallidos. Según la clasificación mundial de obesidad se encontraba en grado III u obesidad mórbida, con otras comorbilidades asociadas como (dislipidemia, depresión, hígado graso y hernia ventral gigante), por esto, se consideró manejo quirúrgico de la obesidad.

El manejo quirúrgico propuesto fue manga gástrica por vía laparoscópica como primera cirugía, como segunda cirugía se contempló que a los 12- a 18 meses se realizaría la eventrorrafia y por último se harían las cirugías plásticas de ser necesario, el objetivo principal del tratamiento quirúrgico era el control eficaz y permanente del peso, mejorar las comorbilidades y permitir la realización en un segundo tiempo de la corrección de la hernia ventral.

De acuerdo con las GUIAS DE MANEJO EN CIRUGÍA BARIATRICA de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIATRICA, la *obesidad* es una enfermedad causada por el desequilibrio entre el ingreso de energía y su gasto, lo que resulta en un balance positivo y en la acumulación de grasa con el consecuente aumento de peso. Este trastorno metabólico y nutricional tiene serias consecuencias en la salud.

Para definir la obesidad en la práctica clínica y naturalmente para este caso se tomó el índice de masa corporal (IMC) como un parámetro útil, que se ha generalizado por facilidad del cálculo y aplicación, se realiza mediante el peso en kilogramos del paciente dividido por la estatura en metros al cuadrado, es decir $IMC = \frac{PESO\ EN\ KG}{TALLA\ EN\ M^2}$.

TALLA EN M²

20/8/17

En el caso de la paciente Esperanza Ramirez, presentaba un INDICE DE MASA CORPORAL de 47, de acuerdo con la clasificación de obesidad que se realiza en el índice de quetelet, la paciente presentaba obesidad grado III o mórbida:

Clasificación	IMC (kg/m²)
Normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III o mórbida	40-49.9
Superobesidad	50-59.9
Superobesidad extrema	≥ 60

Modificada de: AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines, Endocr Pract. 2013;19(2):e3.

Teniendo en cuenta que la cirugía bariátrica es un procedimiento diseñado con la finalidad de perder peso y mejorar las comorbilidades la principal manera de lograrlo es generando un estomago o reservorio de alimentos muy pequeño a pesar de realizar un estómago o reservorio pequeño si el paciente ingiere un volumen mayor de alimentos puede hacer que el reservorio aumente de tamaño y no sirva la cirugía por esta razón se realizan bandas de restricción para impedir la dilatación del estómago que se deja y así lograr que el paciente no vuelva a subir de peso.

Dentro de las cirugías bariátricas se encuentra la manga gástrica la cual es una cirugía restrictiva, es decir, busca una restricción a nivel del estómago y así disminuir la absorción a nivel del intestino delgado. Se ha validado rápidamente en el ámbito quirúrgico gracias a sus buenos resultados en términos de seguridad, eficacia y escasos efectos colaterales. Conceptualmente, es una gastrectomía subtotal que deja un estomago tubulizado a lo largo de la curvatura menor, al remover aproximadamente el 85% al 90% del estómago y no implica la creación de anastomosis. Debido a los buenos resultados en términos de baja de

22/18

peso, baja mortalidad y mayor simplicidad, durante los últimos años han aparecido en forma creciente reportes de GM como cirugía única y definitiva para un número cada vez mayor de pacientes obesos, adicionalmente la colocación del anillo o banda se usa con el fin de evitar la dilatación del estómago “nuevo” que queda luego de la manga gástrica.

Tal como se probará en esta Litis, este procedimiento estaba completamente indicado para la paciente quien presentaba obesidad mórbida y comorbilidades, no estaba contraindicado y fue realizado correctamente por mi poderdante de acuerdo con los lineamientos de la lex artis. Según establece la Asociación Colombiana de Cirugía Bariátrica, los indicadores de cirugía bariátrica se cumplían para el caso de la señora Luz Stella Esperanza Ramirez, los criterios son:

- Pacientes con intentos de pérdida de peso con tratamiento médico idealmente supervisados por profesionales: de acuerdo con la historia clínica de la paciente presentaba obesidad mórbida a pesar de múltiples intentos fallidos por bajar de peso.
- Pacientes que comprendan las implicaciones de la cirugía bariátrica, sus riesgos y beneficios: de acuerdo con la historia clínica de la paciente, su caso fue analizado por junta médico – quirúrgica, adicionalmente se le explicaron personalmente por mi poderdante, el procedimiento, los riesgos y beneficios del mismo, suscribiendo el consentimiento informado.
- Pacientes con IMC igual o mayor a 40 kg/m² con o sin comorbilidades asociadas. Como dijimos en líneas anteriores, la paciente presentaba IMC de 47 y comorbilidades asociadas como hipotiroidismo, dislipidemia (colesterol y triglicéridos) hígado graso.
- Pacientes de 15 a 70 años de edad, la paciente tenía 58 años.

No tenía contraindicación, pues según los criterios de la ACOCIB, los criterios contraindicadores son:

- Patología psiquiátrica no controlada. A pesar que en la historia clínica se documenta que la paciente presentaba patología

* 8/19

psiquiátrica, esta estaba en tratamiento y el análisis hecho por los profesionales interdisciplinarios entre ellos psiquiatría, determinaron que para el presente caso la cirugía no estaba contraindicada.

- Alcoholismo o drogadicción no controlados: de acuerdo con la historia clínica la paciente no sufría de ninguna adicción.
- Trastornos endocrinos no controlados: de acuerdo con la historia clínica la paciente no sufría de patología que comprometiera el sistema endocrino.
- Edad menor de 15 años o mayor de 70 años: la paciente para la fecha de la cirugía contaba con 58 años de edad.

Adicionalmente se demostrará que mi poderdante fue diligente, actuó con pericia y siguió los lineamientos de la lex artis pues la cirugía bariátrica estaba indicada para la condición del paciente, quien fue evaluada preoperatoriamente en forma adecuada, presentó una complicación descrita en la literatura medico científica como es la estenosis que fue detectada y manejada de forma oportuna como se puede observar de la historia clínica de la paciente, adicionalmente la señora Ramírez al ser una paciente institucional y siguiendo las guías de manejo para los pacientes con cirugía bariátrica fue valorada por un grupo interdisciplinario de profesionales, así mismo, siguiendo el protocolo o guía de manejo a la paciente a su egreso hospitalario se le dieron los signos de alarma y recomendaciones y se le entregó la fórmula de vitaminas y la dieta que debía seguir en el postoperatorio de la cirugía bariátrica realizada, no obstante, desconocemos si la paciente siguió dichas recomendaciones.

Señor Juez, como se demostrará en esta litis, el acto médico realizado por mi poderdante fue ADECUADO, DILIGENTE Y OPORTUNO, se observó la lex artis en su conducta y además no existe ningún nexo causal con el desenlace posterior de la paciente, pues por un lado se presentó un riesgo inherente al procedimiento previamente informado y por otra parte, la causa de la polineuropatía que padece la demandante no ha sido establecida, siendo del caso señalar además que si fuera de origen carencial, lo cual es muy poco probable, ésta únicamente se explicaría por la falta de cuidado de la demandante en la ingesta de las vitaminas y el seguimiento de la dieta ordenada.

Es por esto, que consideramos que no existe conducta alguna que pueda ser calificada como culposa o dolosa y que haya sido realizada por mi pòderdante, mucho menos que sea la causante del daño que los demandantes solicitan se repare por medio de esta acción judicial. Argumento que apoyo en la historia clínica de la paciente y en los medios probatorios que se recogerán en la Litis, los cuales demostrarán que el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL como profesional cirujano y especialista en Cirugía general, Gastroenterología, Cirugía Laparoscópica, siguió los lineamientos de la lex artis y por lo tanto observó una conducta diligente, cuidadosa y perita ajustada al cuadro clínico de la paciente, que junto con el manejo médico dado por los especialistas de dicha institución observó una conducta adecuada y oportuna.

Vale decir que la conducta culposa debe ser probada en todos los casos por la parte demandante y sobre la que no cabe realizar ninguna presunción, tal como se describe en el fallo en comento así: "(...)Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de **dolo o culpa**, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, **sin admitirse "un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos** (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras", ni se oponga a "que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprosales derivados de la conducta de las partes (artículo 249 Ibídem); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio res ipsa loquitur" (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010, exp. 41001 3103 004 2000 00042 01).

Por todo lo anterior, surge con claridad que no existe **conducta culposa en cabeza de mi prohijado, el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL**, ya que actuó de forma diligente conforme a los deberes de conducta específicos de acuerdo con la lex artis, los mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia, valorando el cuadro clínico de la paciente y adoptando el

82

manejo médico más indicado para el cuadro clínico de la paciente y para el nivel de atención en el que se encontraba.

3. LA MEDICINA ENTRAÑA OBLIGACIONES DE MEDIO NO DE RESULTADO.

Esta excepción se propone con fundamento en la disposición normativa contenida en la Ley 1164 de 2007, que regula diferentes aspectos en materia de talento humano, este cuerpo normativo en el artículo 26 señala puntualmente: "Acto propio de los profesionales de la salud. Entendido como el conjunto de acciones orientadas a la atención integral del usuario, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas dentro del perfil que le otorga el respectivo título, el acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. **ESTA RELACIÓN DE ASISTENCIA EN SALUD GENERA UNA OBLIGACIÓN DE MEDIOS,** basada en la competencia profesional.

En concordancia con esta normativa, la jurisprudencia en forma reiterada ha señalado que la medicina por tratarse de una ciencia tan compleja, tiene limitaciones, pues aún existen por doquier interrogantes sin resolver, a la vez que desconoce todavía la explicación de múltiples fenómenos fisiológicos, químicos o farmacológicos, 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 prudencia más rigurosas, motivo por el cual si el daño tiene génesis en ellas será menester calificar esas contingencias como eximentes de responsabilidad.

También se ha señalado que³: "(...) no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico y, en este caso, al anestesiólogo, pues a pesar de la prudencia y

³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrada Ponente RUTH MARINA DÍAZ RUEDA. Bogotá D. C., primero (1º) de diciembre de dos mil once (2011). (Aprobado en sesión de veintidós de noviembre de dos mil once). Ref.: exp. 05001-3103-008-1999-00797-01

822

diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, verbi gratia, 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 provengan 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 (...).

Pues bien señor Juez teniendo claro que la ciencia médica, es una ciencia de medios y no de resultados, debe subrayarse que existen diferentes circunstancias en las que no se puede considerar la responsabilidad del médico, en este caso del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, cabe recordar que aparte de haber actuado en forma diligente y prudente, existen circunstancias que se pueden presentar y que no entrañan una responsabilidad del profesional como:

- ✓ Reacciones Orgánicas Impredecibles: 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.
- ✓ Riesgo Inherente: 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 éste.

82823

- ✓ **Iatrogenia Inculpable:** Incluso, no puede soslayarse que el quehacer médico, pese a estar ajustado a los métodos científicos, ocasione 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 concurrido culposamente en su producción o agravamiento. De ahí que la doctrina suele concluir que la llamada “iatrogenia inculpable”, noción que también involucra los métodos terapéuticos y los diagnósticos ceñidos a la ciencia médica, no comprometa su responsabilidad.

4. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTO MÉDICO EJECUTADO POR EL DR. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL Y EL DAÑO QUE SE PRETENDE EN REPARACION POR LA INTERVENCIÓN DE UNA CAUSA EXTRAÑA

Señor Juez en la presente Litis se demostrará que el acto médico otorgado por el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, **NUNCA puede calificarse como la causa adecuada en la producción del daño**, siendo pertinente reseñar la jurisprudencia que en punto de las causas extrañas ha indicado⁴: *existen eventos en los que 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, verbi gratia, 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 provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas ... entre otras, las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.*

En el presente caso se puede decir que no se estructuran los presupuestos fácticos necesarios para poder establecer una relación de causalidad entre el acto médico del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, y el daño pretendido en reparación, **NO EXISTE**

⁴ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado Ponente. Pedro Octavio Munar Cadena. Bogotá, Distrito Capital, veintiséis (26) de noviembre de dos mil diez (2010). Ref.Expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01.

824

CONDUCTA CULPOSA QUE PUEDA SER ATRIBUIDA JURÍDICAMENTE a mi poderdante, mucho menos el acto médico ejecutado por el profesional mencionado bajo ninguna circunstancia puede ser considerado como la causa adecuada del daño que pretenden los demandantes en reparación.

Dicha excepción obedece a que en el presente caso, los demandantes señalan que la paciente luego del procedimiento médico quirúrgico presentó:

- **HERNIA INCISIONAL RECIDIVANTE**: Se desarrolla a partir de la cicatriz de operaciones anteriores en el abdomen por causas múltiples, en el caso de la paciente PREVIO al procedimiento quirúrgico realizado por el Dr. Ortiz Espinel, presentaba una EVENTRACIÓN ABDOMINAL GIGANTE POST HISTERECTOMIA que está descrita en la historia clínica correspondiente al día 19 de febrero de 2007 y la cual es causada por la pérdida de continuidad de los tejidos de la pared abdominal de la paciente posterior al procedimiento de .
- **ESTENOSIS**: consiste en un estrechamiento del esófago, es una complicación del procedimiento que como se ve en el consentimiento informado fue previamente informada a la paciente sobre la misma, informándole incluso la posibilidad de una reintervención. Dicha complicación fue detectada de forma oportuna, realizándose laparoscopia diagnóstica con retiro de banda y liberación de adherencias el 9 de junio de 2007, lográndose la corrección de la misma.
- **ADHERENCIAS ABDOMINALES**: son complicaciones de cualquier procedimiento intraabdominal, la paciente por su antecedente de histerectomía ya presentaba adherencias, adicionalmente debe decirse que éstas obedecen únicamente a la forma de cicatrización de cada paciente.
- En relación con la **POLINEUROPATÍA**, nunca se determinó la real causa de la misma, se clasificó como multifactorial porque pudo obedecer a diferentes causas pero nunca se diagnosticó que la misma fuera de origen nutricional, ésta consiste en la afectación

Handwritten signature or initials in the top right corner.

de múltiples nervios en diferentes partes del cuerpo, al hablarse de polineuropatía mixta hace referencia a que hay compromisos de nervios que llevan sensibilidad y nervios que permiten funciones motoras.

Cabe destacar que la cirugía bariátrica realizada a la paciente, esto es, manga gástrica y banda NO ES DE NATURALEZA MAL ABSORTIVA por lo que con base en la historia clínica no puede concluirse que se trate de una polineuropatía carencial, de ser así, la única causa sería la falta de ingesta de las vitaminas ordenadas a la paciente, recordemos que en la historia clínica se comentó en diferentes ocasiones que la paciente era poco colaboradora y que se rehusaba a realizarse los exámenes diagnósticos.

Dicho lo anterior y teniendo en cuenta que en el juicio de responsabilidad civil médica es necesario que se establezca una relación causal entre el acto médico que se juzga y el daño que los demandantes pretenden en reparación, en este caso como puede verse de las excepciones aquí propuestas no se configura dicho nexo causal pues por una parte se presentó una complicación previamente informada a la paciente y por otra parte la polineuropatía que se diagnosticó se consideró como de origen multifactorial, si bien en un principio se sospechó de una **polineuropatía carencial**, ésta solo fue una sospecha diagnóstica que **nunca se confirmó** por el profesional especialista en neurología clasificándola como polineuropatía inflamatoria no especificada o multifactorial.

Razonamientos que permiten considerar entonces que no existe un nexo causal adecuado entre el acto médico ejecutado por mi poderdante con la consecuencia reprochada en la demanda, operando en este caso una causa extraña al proceder de mi poderdante, pues se reitera que la polineuropatía no es producto del acto médico sino que obedece a múltiples causas que en el presente caso no se han establecido por el personal médico.

826

Como fundamento de esta excepcion traigo a colación la doctrina expuesta por el profesor Javier Tamayo Jaramillo, en su texto "De la responsabilidad Civil" al referirse al nexo causal, sostiene:

"la llamada teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica del perjuicio; se considera que solamente causó el daño aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido; esta teoría permite romper el vínculo de causalidad en tal forma, que solo la causa relevante es la que ha podido producir el daño."

De igual manera, la jurisprudencia del Honorable consejo de Estado, en sentencia del 25 de julio de 2002, expuso:

" (...) El médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan sino cuando estas han sido determinantes del perjuicio causado (...) que es lo nuclear, el problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y entra en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir la atribución subjetiva a título de dolo o culpa, todo, se reitera teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado disponible, estado del paciente, y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y lugar del ejercicio, pues de otra manera con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico"

5. HECHO EXCLUSIVO DE LA VÍCTIMA

Teniendo en cuenta que el hecho exclusivo de la víctima constituye una causa liberatoria de la imputación por ruptura del nexo causal y que ésta se ha definido como la conducta que despliega la víctima de la que se predica una **participación relevante en el propio daño**, que se le irrogó, consideramos que en el presente caso operó un hecho de la víctima, pues si bien es cierto, según la historia clínica de la paciente LA POLINEUROPATÍA DE ORIGEN CARENCIAL SE SOSPECHÓ COMO SECUNDARIA A DEFICIENCIA DE VITAMINA B12 y si bien NO SE CONFIRMO, si se llega a la conclusión que la

11/8/27

POLINEUROPATÍA llegase a ser de origen carencial, operó un hecho de la víctima, por cuanto, la técnica de manga gástrica más banda no es una técnica quirúrgica malabsortiva, es decir, no es una técnica en donde el objetivo es limitar la absorción de los alimentos ingeridos, con lo que disminuiría la cantidad de nutrientes que pasan a la circulación portal y se produce la eliminación fecal del resto, como por ejemplo el by-pass gástrico el cual es una técnica de cirugía bariátrica malabsortiva, por el contrario, la manga gástrica es únicamente restrictiva ya que busca disminuir la capacidad del reservorio gástrico y obtener una baja de pesos sostenida.

Siguiendo las guías de manejo para la cirugía bariátrica y en especial para la manga gástrica más banda, a la paciente a su egreso del periodo de hospitalización postoperatorio se le hizo entrega de las recomendaciones, signos de alarma y fórmula de vitaminas, no obstante, se desconoce si la paciente siguió las recomendaciones dadas en el postoperatorio, se resalta que la paciente durante el periodo de hospitalización se mostró **poco colaboradora**, además de rehusarse a realizar los exámenes diagnósticos y a realizar las terapias ordenadas, adicionalmente se observa que en la consulta del 2 de noviembre de 2007 del servicio de neurología la paciente manifestó que no se tomó el medicamento gabapentin porque le "dio miedo usar medicación neurológica", circunstancias que permiten tener indicios de que la paciente no se adhería en forma responsable a las recomendaciones y el tratamiento recomendado por los especialistas y que lo más probable es que no haya seguido las indicaciones en cuanto a la necesidad del consumo de las vitaminas formuladas, lo que explicaría la existencia de la polineuropatía de origen carencial.

La fórmula de vitaminas que se le entregó a la paciente desde el postoperatorio es anexada a esta contestación en la que se destaca lo siguiente: **"a los pacientes a quienes se les ha realizado cirugía bariátrica por tener obesidad mórbida es necesario y obligatorio que reciban en el postoperatorio y de por vida en casos como en los que se hace bypass gástrico: vitaminas del complejo B inyectables, multivitaminas, calcio, vitamina D y ácido fólico, Bedoyecta, Caltrate, Biocalcium, Centrum Silver"**.

2828

Dicho lo anterior, podemos concluir que en este caso, de establecerse que la polineuropatía es de origen carencial, operó el hecho exclusivo de la víctima pues se reitera la manga gastrica a diferencia del bypass es una tecnica quirurgica restrictiva y no malabsortiva pues en la manga existe una porción del estomago que permite la absorción de vitaminas y nutrientes, no obstante, en el postoperarorio es importante el uso de vitaminas por parte de la paciente, en este caso la existencia de dicha neuropatía se explica por la falta de ingesta de vitaminas por parte de la señora Ramirez, hecho que configura la causal exonerativa de responsabilidad pues el acto de la víctima tendría una participación preponderante en la causación del daño que pretende en reparación.

En relación a esta causal exonerativa de responsabilidad, la Corte Suprema de Justicia ha señalado⁵:

“(...) 5. Ahora bien, es claro que el hecho o la conducta –positiva o negativa- de la víctima siempre tiene una incidencia relevante en el análisis de la responsabilidad civil. Así, en primer término, es evidente que en la mayoría de las ocasiones la persona que sufre los daños desempeña un rol, así sea meramente pasivo, para que el perjuicio se materialice. En ese sentido, se señala que el hecho o el comportamiento de la víctima puede corresponder a una “condición” del daño, en cuanto que se convierte en el sustrato necesario para su concreción. (...)

En ese orden de ideas, se puede señalar que en ocasiones el hecho o la conducta de quien ha sufrido el daño pueden ser, en todo o en parte, la causa del perjuicio que ésta haya sufrido. En el primer supuesto –conducta del perjudicado como causa exclusiva del daño-, su proceder desvirtuará, correlativamente, el nexo causal entre el comportamiento del presunto ofensor y el daño inferido, dando lugar a que se exonere por completo al demandado del deber de reparación. Para que el demandado se

⁵ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACION CIVIL . M.P. MARGARITA CABELLO BLANCO. SC10298-2014 Radicación nº 05266 31 03 002 2002 00010 01. Bogotá, D. C., cinco (5) de agosto de dos mil catorce (2014).

Handwritten signature or initials in the top right corner.

libere completamente de la obligación indemnizatoria se requiere que la conducta de la víctima reúna los requisitos de toda causa extraña, en particular que se trate de un evento o acontecimiento exterior al círculo de actividad o de control de aquel a quien se le imputa la responsabilidad. (...)

La importancia de la conducta de la víctima en la determinación de la reparación de los daños que ésta ha sufrido no es nueva, pues ya desde el derecho romano se aplicaba en forma drástica la regla, atribuida a Pomponio, según la cual "quod si quis ex culpa sua damnum sentit, non intellegitur damnum sentire", es decir, que el daño que una persona sufre por su culpa se entiende como si no lo hubiera padecido, lo que condujo a un riguroso criterio consistente en que si la víctima había participado en la producción del daño, así su incidencia fuera de baja magnitud, en todo caso quedaba privada de reclamación. Principio semejante se observó también en otros sistemas jurídicos, como en el derecho inglés, que aplicó el criterio de la contributory negligence, que impedía que la persona que había contribuido total o parcialmente a la producción del resultado dañoso se presentara ante la justicia a efectuar su reclamación, pues se consideraba que tenía las "manos manchadas" (Mazeaud, Henri y Léon, y Tunc, André. Tratado Teórico y Práctico de la Responsabilidad Civil Delictual y Contractual. Tomo II, Volumen II. Ediciones Jurídicas Europa América. Buenos Aires, 1964. Pág. 33.). No obstante, con posterioridad, el rigor del mencionado criterio se atenuó y se estableció en la gran mayoría de ordenamientos el principio según el cual si el comportamiento de la víctima es causa exclusiva del daño debe exonerarse de responsabilidad al demandado y si hay una actuación concurrente de víctima y demandado en la generación del perjuicio, la indemnización a cargo de aquél debe reducirse proporcionalmente, o en forma "justa y equitativa" (v.gr. B.G.B, par. 254; Código Civil italiano, artículo 1227; Código Civil

28/830

argentino, art. 1111, entre otros). (...). (CSJ. Sent. 16 de diciembre 2010. Rad. 1989-00042-01) (...)"

6. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA EN VIRTUD DE LAS OBLIGACIONES SEPARADAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LAS ADMINISTRADORAS DE RECURSOS EPS'S e IPS'S

No puede perderse de vista las diferencias sustanciales entre una institución o entidad administradora de recursos y el personal médico – científico⁶ que labora a su cargo. Se subraya, son sujetos con obligaciones bien definidas y disímiles. En Colombia la entidades autorizadas para prestar este tipo de servicios en el área de la salud⁷ son las EPS e IPS⁸ – instituciones encargadas de administrar los recursos – y son estas, en últimas las que se encargan del perfeccionamiento de los distintos trámites administrativos, conexos a los tratamientos y dictámenes ordenados por los profesionales médicos que presentan sus servicios.

Así los actos médicos, deben acompañarse con los procedimientos administrativos, **el profesional médico extiende su responsabilidad hasta su ejercicio INDIVIDUAL**, siendo atribución de las entidades regentes - I.P.S.'S y E.P.S. 'S - lo concerniente al manejo de recursos

⁶El ART. 105 de la ley 1438 de 2011, respecto a la señala: "Autonomía profesional" y la define en los siguientes términos: "Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.". Con esta norma, se busca que los galenos puedan, diagnosticar, pero sobre todo, recetar medicamentos u ordenar tratamientos según su conocimiento científico y no presionado por las directivas de las EPS para que recomiende algún tipo de medicamento o restrinja algún tipo de procedimiento médico.

⁷ Entidades definidas y autorizadas por la Ley 100 de 1993.

⁸Las obligaciones puestas a cargo de una institución prestadora de servicios de salud (IPS) por el contrato con el paciente son numerosas y de carácter variado, dentro de las que se encuentran:

1. **Mantenimiento de equipos:** Una institución de salud debe efectuar el mantenimiento que recomiende el fabricante y usar los equipos y suministros, estrictamente, para lo que fueron diseñados ya que de lo contrario se pondría en riesgo a los pacientes.
2. **Suministro de medicamentos:** La inadecuada preparación de medicamentos, o la negligente administración de los mismos hace responsable al hospital. En la práctica forense se han observado casos de muerte y lesiones personales por confusión en la droga a aplicar, inadecuada rotulación, medidas y soluciones de concentración errada y descuido en la evolución de los pacientes.
3. **Obligaciones de seguridad:** La seguridad hospitalaria se define como todas aquellas medidas que tienen como función prevenir accidentes proporcionando un medio ambiente seguro, control de infecciones, control de riesgos potenciales, control de zonas restringidas, señalización, transporte de enfermos, control de armas, previsión de actos violentos y autoagresión, procedimientos de seguridad, control de visitantes, identificación del personal autorizado, ingreso y egreso de pacientes con énfasis en los recién nacidos.
4. **Verificar la idoneidad del personal.**
5. **Personal médico y de enfermeras suficiente para una adecuada atención.**
6. **Control de horarios.**
7. **Proporcionar habitación y alimentación adecuada.**

20831

económicos y recursos administrativos, disposición, contratación y manejo de personal para la atención de pacientes.

La distinción que se plasma en este escrito, ha sido corroborada por la H. Corte Suprema de Justicia cuando en destacado pronunciamiento se refirió frente al tema expresando que:

“Hay obligaciones que son de la naturaleza del contrato de hospitalización. Dentro de estas se incluyen: Suministrar alimentación y habitación al enfermo, suministrar las medicaciones que prescriba el médico, control por parte de médicos, residentes y enfermeras, archivo y custodia de historias clínicas y exámenes de laboratorio, obligaciones de seguridad, mantenimiento de equipos y control de horarios.”

“la responsabilidad puede variar según la especialización de los servicios que preste la clínica.” CSJ, sentencia de Septiembre 12 de 1985.

Claramente, como se puede apreciar en los medios de convicción aportados con la demanda, mi mandante cumplió con idoneidad y pericia las obligaciones a su cargo que como profesional de la salud le son exigibles, sin que se le pueda atribuir responsabilidad alguna respecto de las obligaciones de índole administrativo, o de gestión o control de carácter económico o administrativo a cargo de las respectivas I.P.S. 'S y E.P.S. 'S.

7. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Me permito solicitarle al señor Juez, que de conformidad con el artículo 306 del Código de Procedimiento Civil, declarar probadas las excepciones aquí propuestas y/o cualquier otra que resulte acreditada dentro del proceso, aun cuando correspondan a un nomen juris diferente al utilizado para que en la sentencia sean reconocidas de conformidad con las disposiciones de orden constitucional, legal y jurisprudencial aplicables al presente litigio.

832

EN CUANTO AL JURAMENTO ESTIMATORIO:

Cabe señalar que la cuantía fijada por el demandante no fue realizada bajo la gravedad del juramento como tampoco la estimación se hizo en forma razonada, por lo tanto, objeto las cuantías señaladas en la demanda consistentes en daño emergente, lucro cesante y me opongo a su prosperidad pues su tasación se realizó en forma arbitraria, sin identificar cuáles son los elementos que se tuvieron en cuenta para su cálculo, violando lo consagrado en el artículo 206 del CGP modificado por la Ley 1743 de 2014.

IV. PRUEBAS Y ANEXOS

Solicito de la manera más respetuosa, al señor Juez, se sirva decretar, practicar y tener como pruebas de los argumentos aquí expuestos los siguientes medios probatorios que se solicitan:

1. DOCUMENTALES:

- ✓ Hoja de vida actualizada del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, obrante en 28 folios.
- ✓ Guía de dieta postoperatorio de cirugía bariátrica del Hospital Universitario Clínica San Rafael
- ✓ Fórmula Médica del servicio de cirugía general del Hospital Universitario Clínica San Rafael.

OFICIOS:

- Solicito se sirva oficiar al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL a fin de que se sirva remitir con

42 833

destino al presente proceso, copia de la TOTALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, de la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, incluyendo:

- CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
- VALORACIONES EN CONSULTA EXTERNA

- Solicito se sirva oficiar a la EPS CRUZ BLANCA a fin de que se sirva remitir con destino al presente proceso, copia de la TOTALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, de la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, incluyendo:
- CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
- VALORACIONES EN CONSULTA EXTERNA

2. DECLARACIÓN DE TERCEROS:

Respetuosamente solicito que conforme a lo consagrado en el artículo 175, 213 y ss del Código de Procedimiento Civil, se decrete y practique prueba testimonial que se solicita y por consiguiente se cite a los profesionales de la salud que a continuación relaciono, ya que son profesionales idóneos en el ejercicio de su profesión pertinente para explicar las condiciones del paciente, como también para responder en relación a aspectos médico - científicos en la materia que nos atañe en este caso e ilustren al despacho en relación al manejo que se da a pacientes en estos casos, así como, que declaren sobre los fundamentos expuestos en la demanda y contestación, dichos profesionales son:

Dr. MIGUEL ÁNGEL MURCIA, director científico Hospital Universitario Clínica San Rafael, quien puede ser ubicado en la Cra. 8 No. 17-45 sur de esta ciudad.

Dr. ROMULO VARGAS, médico gastroenterólogo quien puede ser ubicado en la Carrera 7 No. 40-62 de esta ciudad.

Dr. SERGIO RAMIREZ, médico neurólogo quien puede ser ubicado en la Carrera 21 No. 127-23 de esta ciudad.

Dr. LEON MICHAAN BIALIKAMIEB psiquiatra quien puede ser ubicado en la Cra. 8 No. 17-45 sur de esta ciudad.

Dr. CAMILO DIAZ RINCON, médico cirujano experto en cirugía bariátrica, quien puede ser ubicado en la calle 95 No. 23- 61 de esta ciudad.

3. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes, en la fecha y hora previamente programada por su despacho, con el fin de que se absuelva el interrogatorio que formularé de manera personal en la audiencia respectiva, frente a los puntos objeto de la demanda y contestación.

4. DICTAMEN PERICIAL.

Me permito manifestarle al despacho que solicito se realice un dictamen pericial, estudio médico científico, por parte de LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIATRICA, a fin de que se resuelva el cuestionario por un MEDICO CIRUJANO BARIATRICO tendiente a demostrar la diligencia, prudencia y pericia, es decir, la buena aplicación de la Lex Artis por parte del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL. Por tal razón solicito se resuelva el siguiente cuestionario, con base en la historia clínica que se pidió y el acto médico realizado por el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, manifestando que me reservo el derecho de adicionar este cuestionario en el momento procesal pertinente, conforme lo prescribe el numeral 4 del artículo 236 del Código de Procedimiento Civil:

1. ¿Cuáles son las indicaciones de una cirugía bariátrica?

44/235

2. Indique si la cirugía bariátrica realizada a esta paciente estaba indicada, explique su respuesta.
3. ¿En qué consiste una cirugía bariátrica tipo manga gástrica?
4. Indique cuales son los riesgos y complicaciones más frecuentes para este tipo de cirugía bariátrica
5. Explique si la estenosis Postoperatoria que presento la paciente es una complicación del procedimiento de cirugía bariátrica realizada
6. ¿Cuál es el manejo de elección en el tratamiento de la estenosis?.
7. Señale si se realizó este tratamiento a la paciente.
8. ¿Es la cirugía manga gástrica (sleeve gastrectomy) una cirugía mayor?
9. indique si previo a la cirugía bariátrica la paciente presentaba hernia ventral o eventración abdominal gigante
10. De acuerdo con la historia clínica de la señora Luz Stella Ramirez ¿cuál es el manejo propuesto para la hernia o eventración descrita?
11. ¿Dada su experticia puede usted indicar si es adecuada la conducta plasmada por el dr Ortiz en la historia clínica, de realizar en primera medida la cirugía para la obesidad y en un segundo tiempo quirúrgico la corrección de la hernia?
12. ¿La manga gástrica es una cirugía que produzca mala absorción de nutrientes?
13. Explique qué tipo de complementos se pueden emplear en la cirugía bariátrica
14. ¿Existe consentimiento informado del procedimiento realizado a la paciente en cuestión, en la historia clínica revisada por usted?
15. ¿En él explícitamente se menciona la estenosis del tubo gástrico como posible riesgo inherente de la cirugía?

16. ¿De acuerdo con la historia clínica de la paciente, la neuropatía que presentó se puede decir que sea de tipo carencial?

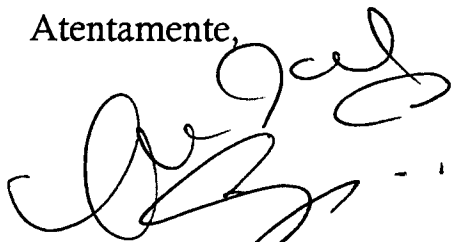
NOTIFICACIONES:

El Doctor DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, recibirá notificaciones a través de la suscrita.

La suscrita, recibirá notificaciones en la secretaría de su despacho o en la Carrera 15 A No. 120 -74 Piso 2 de la Ciudad de Bogotá D.C.

Del señor Juez, atentamente,

Atentamente,



CAROLINA PUERTO USECHE

C.C. 36.314.470 de Neiva

T.P. 177.753 del C.S. de la J.

7580010
18-09-1727
JUZGADO 47 CIVIL CTO.
79/10/105
NOV 21 '17 PM 3:40

SEÑOR
JUEZ 47 CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
E. S. D.

Ref: Radicación: 2014-350

Ordinario de Responsabilidad Civil

Demandante: LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ
RODRIGUEZ Y OTROS

Demandado: DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL Y
OTROS.

CAROLINA PUERTO USECHE, mayor de edad, domiciliada en Bogotá, identificada con cédula de ciudadanía No. 36.314.470 de Neiva y titular de la tarjeta profesional No. 177.753 del C.S.J., actuando como apoderada del **Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL**, según consta en el poder que obra en el expediente, procedo a dar contestación al llamamiento en garantía presentado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, en los siguientes términos:

A LOS HECHOS:

PRIMERO: Es cierto.

SEGUNDO: No es cierto, lo dicho en este numeral obedece a consideraciones subjetivas sin ningún sustento fáctico ni científico. Como se demostrará en esta Litis mi poderdante fue diligente, actuó con pericia y siguió los lineamientos de la lex artis pues la cirugía bariátrica estaba indicada para la condición del paciente, quien fue evaluada preoperatoriamente en forma adecuada, presentó una complicación descrita en la literatura médico científica como es la estenosis que fue detectada y manejada de forma oportuna como se puede observar de la historia clínica de la paciente, adicionalmente la señora Ramírez al ser una paciente institucional y siguiendo las guías de manejo para los pacientes con cirugía bariátrica fue valorada por un grupo interdisciplinario de profesionales, así mismo, siguiendo el protocolo o guía de manejo a la paciente a su egreso hospitalario se le dieron los signos de alarma y recomendaciones y se le entregó la fórmula de

28

vitaminas y la dieta que debía seguir en el postoperatorio de la cirugía bariátrica realizada, no obstante, desconocemos si la paciente siguió dichas recomendaciones.

Señor Juez, como se demostrará en esta litis, el acto médico realizado por mi poderdante fue ADECUADO, DILIGENTE Y OPORTUNO, se observó la lex artis en su conducta y además no existe ningún nexo causal con el desenlace posterior de la paciente, pues por un lado se presentó un riesgo inherente al procedimiento previamente informado y por otra parte, la causa de la polineuropatía que padece la demandante no ha sido establecida, siendo del caso señalar además que si fuera de origen carencial, lo cual es muy poco probable, ésta únicamente se explicaría por la falta de cuidado de la demandante en la ingesta de las vitaminas y el seguimiento de la dieta ordenada.

TERCERO: Es cierto.

CUARTO: No es un hecho, es una pretensión que carece de sustento jurídico ya que para que el llamamiento en garantía sea procedente debe existir previamente entre llamante (garantizado) y llamado (garante) un derecho legal o contractual por el cual el garante esté obligado a cumplir con la garantía para con el llamante. En el presente llamamiento la institución que llama en garantía ni siquiera menciona cuál es el derecho al que acude para citar a mi poderdante, no menciona el derecho legal o contractual por el que mi poderdante deba garantizar o se haya obligado al resarcimiento del perjuicio que llegare a sufrir o a reembolsar lo pagado; la Clínica San Rafael no ostenta ningún derecho ni legal ni contractual que la habilite para llamar en garantía a mi poderdante, hecho evidente en que en el escrito de llamamiento nada se dice al respecto, pareciera entonces que no se tuvo en cuenta los requisitos sustanciales además de los procesales para realizar el llamamiento en garantía en este caso, pues omitió aludir a dicho derecho.

EXCEPCIONES DE MERITO:

1. INEXISTENCIA DE UNA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA QUE FUNDAMENTE EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

29

Señor juez, teniendo en consideración que para que sea procedente el llamamiento, se requiere que una de las partes en un litigio tenga derecho ya sea legal o contractual para exigir de un tercero la indemnización de perjuicios o el reembolso total o parcial de las sumas a que llegare a ser condenado en la sentencia. En el presente caso, aparte de **no existir fundamento legal o contractual, tampoco hay fundamento sustancial** pues como se explicó en las excepciones presentadas en la contestación de la demanda, no existe conducta culposa o dolosa en este caso ejecutada por mi poderdante, profesional especializado en cirugía gastrointestinal con amplia experiencia tal como se acredita con la hoja de vida aportada en donde consta su experiencia profesional y sus estudios superiores.

Tal como se demostrará en esta litis, el acto médico ejecutado por el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL fue el más ADECUADO, DILIGENTE Y OPORTUNO, Argumento que apoyo en la historia clínica de la paciente y en los medios probatorios que se recogerán en la Litis, los cuales demostrarán que el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL como profesional cirujano y especialista en Cirugía general, Gastroenterología, Cirugía Laparoscópica, siguió los lineamientos de la lex artis y por lo tanto observó una conducta diligente, cuidadosa y perita ajustada al cuadro clínico de la paciente.

La cirugía bariátrica estaba indicada para la condición de la paciente, quien fue evaluada preoperatoriamente en forma adecuada, presentó una complicación descrita en la literatura medico científica como es la estenosis que fue detectada y manejada de forma oportuna. Adicionalmente la señora Ramírez al ser una paciente institucional, siguiendo las guías de manejo para los pacientes con cirugía bariátrica fue valorada por un grupo interdisciplinario de profesionales, así mismo, siguiendo el protocolo o guía de manejo a la paciente a su egreso hospitalario se le dieron los signos de alarma y recomendaciones y se le entregó la fórmula de vitaminas y la dieta que debía seguir en el postoperatorio de la cirugía bariátrica realizada, no obstante, desconocemos si la paciente siguió dichas recomendaciones.

Así las cosas, en el presente caso es ostensible la ausencia de una conducta culposa o dolosa en cabeza de mi prohijado, el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, quien actuó de una forma diligente conforme a los deberes de conducta específicos de acuerdo con la lex artis, los mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo,

las reglas de experiencia, valorando el cuadro clínico de la paciente y adoptando el manejo médico más indicado para las condiciones de la paciente.

Esta excepción tiene fundamento en la jurisprudencia que indica que la **responsabilidad médica para su configuración necesita la prueba de la existencia de la culpa en la actuación del profesional**, destacando en diferentes pronunciamientos lo siguiente¹:

“(…) En este contexto, por regla general, la responsabilidad del médico no puede configurarse sino en el ámbito de la **culpa**, entendida no como error en que no hubiere incurrido una persona prudente o diligente en idénticas circunstancias a las del autor del daño, sino más exactamente **en razón de su profesión que le impone deberes de conducta específicos más exigentes a la luz de la *lex artis*, mandatos, parámetros o estándares imperantes conforme al estado actual de la ciencia, el conocimiento científico, el desarrollo, las reglas de experiencia y su particular proyección en la salud de las personas** (arts. 12, Ley 23 de 1981 y 8° decreto 2280 de 1981), naturalmente “*el médico, en el ejercicio de su profesión, está sometido al cumplimiento de una serie de deberes de diversa naturaleza*”, incluso éticos componentes de su *lex artis* (cas. civ. sentencia de 31 de marzo de 2003, exp. 6430), respecto de los cuales asume la posición de garante frente a la sociedad y a los usuarios del servicio (…)

Conducta culposa que debe ser probada en todos los casos por la parte demandante y sobre la que no cabe realizar ninguna presunción, tal como se describe en el fallo en comentario así: “(…)Tratándose de la responsabilidad civil extracontractual médica, indispensable demostrar sus elementos, en particular el acto o hecho dañoso, imputable a título de dolo o culpa, el daño y la relación de causalidad, cuya carga probatoria corresponde al demandante, **sin admitirse “un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos** (sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras”, ni se oponga a “que el juez, con sujeción a las normas jurídicas y de la mano de las reglas de la experiencia, el sentido común, la ciencia o la lógica, deduzca ciertas presunciones (simples o de hombre) relativas a la culpa galénica; o que lo haga a partir de indicios endoprocesales derivados de la conducta de las partes (artículo

¹ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. SALA DE CASACIÓN CIVIL. Magistrado ponente: WILLIAM NAMÉN VARGAS. Bogotá, D. C., diecisiete (17) de noviembre de dos mil once (2011). Discutida y aprobada en Sala de treinta (30) de agosto de dos mil once (2011). Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01.

249 *Ibidem*); o que acuda a razonamientos lógicos como el principio *res ipsa loquitur*” (cas. civ. sentencia de 22 de julio de 2010).

2. INEXISTENCIA DE UN DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL PARA REALIZAR EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA EFECTUADO POR HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL AL DR. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL.

Para fundamentar esta excepción es importante señalar que la figura del llamamiento en garantía como instituto procesal permite que quien es parte dentro del proceso pueda vincular al tercero frente al cual **DETENTA UN DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL QUE LE PERMITE EXIGIR DE ÉSTE LA INDEMNIZACIÓN DEL PERJUICIO QUE LLEGARÉ A SUFRIR, o EL REEMBOLSO TOTAL O PARCIAL DEL PAGO QUE TUVIERE QUE HACER COMO RESULTADO DE LA SENTENCIA.** En el presente caso no está presente dicho derecho **LO QUE TORNA IMPROCEDENTE EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.** No es cierto que por el solo hecho que el médico esté vinculado a la institución ésta tenga derecho **LEGAL NI MUCHO MENOS CONTRACTUAL** que le permita obtener dicha indemnización o reembolso.

Con base en el contenido que se desprende del texto literal del artículo 57 del Código de Procedimiento Civil, se ha reconocido que la relación de la cual se desprende el llamamiento en garantía se deposita en estadios de la responsabilidad y NO del débito, por lo que ha de considerarse que quien es llamado en garantía ha de responder, en virtud del contrato o de la ley, por el cumplimiento de una obligación propia pero que no encuentra su fuente en el mismo hecho que generó la obligación del garantizado, en atención a que la fuente, origen de la obligación, y, por tanto, del débito, no es de su resorte, ni emerge con la por la voluntad del garante, como en los contratos, ni de la aporte causal a la generación del daño, como en la responsabilidad civil. Por esta razón la doctrina ha señalado que la relación que vincula al garante con el garantizado, ya sea en virtud de la ley o el contrato, **ES ANTERIOR AL NACIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN** cuya declaración o cumplimiento se reclama del demandado dentro del proceso judicial.

Debe reconocerse entonces como cosas distintas, por un lado, estar atado al cumplimiento de la prestación derivada de un débito a cargo, y por otra, salir a responder, en virtud de la ley o del contrato, por una obligación que el titular del débito no quiso o no pudo satisfacer, porque cuando el garante ejecuta la prestación debida lo hace en virtud de la imposición derivada de la ley o del contrato que presupone a su vez una relación distinta pero conexa en términos de garantía, diferente con la obligación y las prestaciones en cabeza de la persona titular del débito garantizado.

En conclusión, la obligación que surge como presupuesto del llamamiento en garantía, presupone la existencia de una dualidad de relaciones, una derivada del contrato o la ley que constriñe o ata al cumplimiento a la parte dentro del proceso, y la otra que emerge de ley o del contrato, pero cuyo objeto es salir a responder a título de garante por la indemnización del perjuicio sufrido por el garantizado o efectuar el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia.

Sobre el punto ha resaltado el Consejo de Estado que **"que la solidaridad derivada de la concurrencia de causas en la producción del daño, no legitima a los responsables demandados a llamar en garantía a los demás:"**(...) Con arreglo al art. 57 del C.P.C. la figura procesal de llamamiento en garantía como su nombre lo indica supone la titularidad en el llamante de un derecho legal o contractual por virtud del cual pueda, quien resulte condenado al pago de suma de dinero, exigir de un tercero, la efectividad de la garantía o el reembolso del pago que tuviere que hacer el demandado, como consecuencia de la sentencia de condena. En otras palabras, el derecho sustancial por virtud del cual se le permite a la parte demandada que se vincule al proceso a un tercero, para que, en caso de sobrevenir sentencia de condena, se haga efectiva la garantía y por lo mismo el tercero asuma sus obligaciones frente al llamante o reembolse el pago a que aquel resultare obligado. ASÍ LAS COSAS, EL LLAMAMIENTO SUPONE LA EXISTENCIA DE UNA RELACIÓN JURÍDICO SUSTANCIAL DIFERENTE A LA QUE ES OBJETO DE LAS PRETENSIONES CONTENIDAS EN LA DEMANDA AUNQUE ENTRE AMBAS EXISTA UNA DEPENDENCIA NECESARIA, PUES CLARO RESULTA QUE SOLAMENTE CUANDO SE PRODUZCA UNA SENTENCIA DE CONDENA, HABRÁ LUGAR A ESTUDIAR SI EL LLAMADO DEBE ASUMIR EN VIRTUD DE LA EXISTENCIA DE LA

23

GARANTÍA, DICHAS OBLIGACIONES OBJETO DE LA CONDENA. Es presupuesto indispensable para poder hacer efectivos los derechos y las obligaciones objeto de la garantía por virtud de la cual se produjo el llamamiento del tercero garante, el que el llamante resulte condenado al pago de la obligación indemnizatoria originada en el daño antijurídico causado.”²

De lo expuesto entonces debe concluirse que el llamamiento en garantía propuesto por el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, contra el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL no puede prosperar pues no existe DERECHO LEGAL NI CONTRACTUAL que la habilite para exigir de mi poderdante la indemnización de los perjuicios que llegare a padecer ni mucho menos el reembolso de lo que llegare a pagar por virtud de una hipotética condena en sentencia, dicho derecho no fue ni siquiera mencionado en el llamamiento en garantía hecho a mi poderdante pues no existe, amén de tenerse en cuenta que las relaciones jurídicas que surgen por virtud de la reclamación de los perjuicios en el ámbito de la responsabilidad médica como lo dice el extracto jurisprudencial no habilita para que la institución comentada llame en garantía a mi poderdante.

PETICIÓN:

Señor Juez respetuosamente solicito denegar las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía realizado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL, en contra de mi poderdante Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL y en su lugar declarar probadas las excepciones aquí propuestas.

PRUEBAS:

Solicito que **se tengan como pruebas las aportadas y solicitadas en la contestación de la demanda** que fuera instaurada por la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMIREZ RODRIGUEZ y OTROS contra HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL.

² (pie de página de la cita) Sentencia de 25 de septiembre de 1997. Expediente radicado al No. 11.514. Consejero Ponente Daniel Suárez H.

De tal manera que reiteramos la solicitud de los medios probatorios de la siguiente forma:

1. DOCUMENTALES: (aportadas con la contestación de la demanda)

- ✓ Hoja de vida actualizada del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, obrante en 28 folios.
- ✓ Guía de dieta postoperatorio de cirugía bariátrica del Hospital Universitario Clínica San Rafael
- ✓ Fórmula Médica del servicio de cirugía general del Hospital Universitario Clínica San Rafael.

OFICIOS:

- Solicito se sirva oficiar al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL a fin de que se sirva remitir con destino al presente proceso, copia de la TOTALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, de la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, incluyendo:
 - CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
 - VALORACIONES EN CONSULTA EXTERNA
- Solicito se sirva oficiar a la EPS CRUZ BLANCA a fin de que se sirva remitir con destino al presente proceso, copia de la TOTALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA, de la paciente LUZ STELLA RAMIREZ RODRIGUEZ, incluyendo:
 - CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
 - VALORACIONES EN CONSULTA EXTERNA

2. DECLARACIÓN DE TERCEROS:

Respetuosamente solicito que conforme a lo consagrado en el artículo 175, 213 y ss del Código de Procedimiento Civil, se decrete y practique prueba testimonial que se solicita y por consiguiente se cite a los profesionales de la salud que a continuación relaciono, ya que son profesionales idóneos en el ejercicio de su profesión pertinente para explicar las condiciones del paciente, participaron en la atención médica dada a la paciente y además ostentan la capacidad para responder sobre

35

aspectos médico - científicos en la materia que nos atañe en este caso, con el fin de ilustrar al despacho en relación al manejo que se da a pacientes como la señora demandante, por ultimo para que declaren sobre los fundamentos expuestos en la demanda y contestación, dichos profesionales son:

Dr. MIGUEL ÁNGEL MURCIA, director científico del Hospital Universitario Clínica San Rafael, domiciliado en Bogotá y puede ser ubicado en la Cra. 8 No. 17-45 sur de

Dr. ROMULO VARGAS, médico gastroenterólogo, quien tuvo la oportunidad de valorar a la paciente, domiciliado en Bogotá y puede ser ubicado en la Carrera 7 No. 40-62 de esta ciudad.

Dr. SERGIO RAMIREZ, médico neurólogo, quien tuvo la oportunidad de valorar a la paciente, domiciliado en Bogotá y puede ser ubicado en la Carrera 21 No. 127-23 de esta ciudad.

Dr. LEON MICHAAN BIALIKAMIEM psiquiatra, quien tuvo la oportunidad de valorar a la paciente, domiciliado en Bogotá y quien puede ser ubicado en la Cra. 8 No. 17-45 sur de esta ciudad.

Dr. CAMILO DIAZ RINCON, médico cirujano experto en cirugía bariátrica, quien ostenta la calidad de testigo técnico, domiciliado en Bogotá y puede ser ubicado en la calle 95 No. 23- 61 de esta ciudad.

3. INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito respetuosamente se decrete el interrogatorio de parte de los demandantes, en la fecha y hora previamente programada por su despacho, con el fin de que se absuelva el interrogatorio que formularé de manera personal en la audiencia respectiva, frente a los puntos objeto de la demanda y contestación.

4. DICTAMEN PERICIAL.

Me permito manifestarle al despacho que solicito se realice un dictamen pericial, estudio médico científico, por parte de LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA

136

BARIATRICA, a fin de que se resuelva el cuestionario por un **MEDICO CIRUJANO BARIATRICO** tendiente a demostrar la diligencia, prudencia y pericia, es decir, la buena aplicación de la Lex Artis por parte del Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL. Por tal razón solicito se resuelva el siguiente cuestionario, con base en la historia clínica que se pidió y el acto médico realizado por el Dr. DOUGLAS OMAR ORTIZ ESPINEL, manifestando que me reservo el derecho de adicionar este cuestionario en el momento procesal pertinente, conforme lo prescribe el numeral 4 del artículo 236 del Código de Procedimiento Civil:

1. ¿Cuáles son las indicaciones de una cirugía bariátrica?
2. Indique si la cirugía bariátrica realizada a esta paciente estaba indicada, explique su respuesta.
3. ¿En qué consiste una cirugía bariátrica tipo manga gástrica?
4. Indique cuales son los riesgos y complicaciones más frecuentes para este tipo de cirugía bariátrica
5. Explique si la estenosis Postoperatoria que presento la paciente es una complicación del procedimiento de cirugía bariátrica realizada
6. ¿Cuál es el manejo de elección en el tratamiento de la estenosis?.
7. Señale si se realizó este tratamiento a la paciente.
8. ¿Es la cirugía manga gástrica (sleeve gastrectomy) una cirugía mayor?
9. indique si previo a la cirugía bariátrica la paciente presentaba hernia ventral o eventración abdominal gigante
10. De acuerdo con la historia clínica de la señora Luz Stella Ramirez ¿cuál es el manejo propuesto para la hernia o eventración descrita?
11. ¿Dada su experticia puede usted indicar si es adecuada la conducta plasmada por el dr Ortiz en la historia clínica, de realizar en primera medida la cirugía para la obesidad y en un segundo tiempo quirúrgico la corrección de la hernia?

37

12. ¿La manga gástrica es una cirugía que produzca mala absorción de nutrientes?

13. Explique qué tipo de complementos se pueden emplear en la cirugía bariátrica

14. ¿Existe consentimiento informado del procedimiento realizado a la paciente en cuestión, en la historia clínica revisada por usted?

15. ¿En él explícitamente se menciona la estenosis del tubo gástrico como posible riesgo inherente de la cirugía?

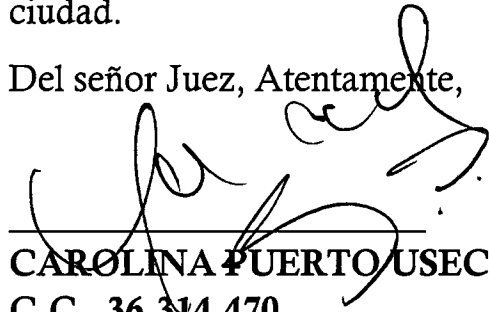
16. ¿De acuerdo con la historia clínica de la paciente, la neuropatía que presentó se puede decir que sea de tipo carencial?

NOTIFICACIONES:

Mi poderdante recibe notificaciones a través de la suscrita o en su despacho.

La suscrita recibe notificaciones en la carrera 15 A No. 120 -74 de esta ciudad.

Del señor Juez, Atentamente,



CAROLINA PUERTO USECHE
C.C. 36.314.470
T.P. No. 177.753 del C.S. de la J.

Señores

JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REF.: 2014-350 – ORDINARIO.
DEMANDANTE: LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ
RODRÍGUEZ Y OTROS.
DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN
RAFAEL Y OTROS.
ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO
EN GARANTÍA.

MAURICIO BUITRAGO AGUDELO, identificado civil y profesionalmente como queda al firmar, de acuerdo con el poder previamente aportado, otorgado por el DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO, llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, dentro del término legal, me permito CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA realizado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, en los siguientes términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Señor Juez, me opongo a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones, en especial aquellas que buscan una declaratoria de responsabilidad y condena en contra de mi poderdante. Lo anterior por cuanto la conducta de mi poderdante fue idónea en el caso planteado, y no existió de su parte negligencia de ninguna clase, tal como puede corroborarse en la copia de la historia clínica aportada al proceso; la intervención de mi poderdante fue como primer ayudante, y no hay responsabilidad alguna derivada de su proceder.

En efecto, en este caso la declaratoria de responsabilidad que persigue la parte demandante no es oponible a mi poderdante, habida consideración de que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil.

Frente a las pretensiones en particular me pronuncio de la siguiente manera:

1. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

14 16
A

2. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
3. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
4. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
5. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
6. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
7. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
8. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
9. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
10. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
11. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la

institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

12. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
2. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

Sin embargo, según la historia clínica aportada, se puede leer que para desde el 6 DE MARZO DEL 2007 la paciente ya se encontraba separada y con problemas de siquiatría:

CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPARADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA, PROBLEMAS ARTICULARES, LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD. REQUIRIÓ MANEJO CON PSIQUIATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON EL HIJO.

3. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
4. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
5. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
6. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
7. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
8. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

16 18
~~17~~

9. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
10. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
11. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
12. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
13. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
14. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
15. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
16. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
17. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
18. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
19. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
20. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
21. NO SE TRATA DE UN HECHO, SINO DE UNA APRECIACIÓN SUBJETIVA DE LA PARTE DEMANDANTE.
22. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
23. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
24. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

17 19

25. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
26. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
27. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
28. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
29. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
30. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
31. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
32. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
33. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
34. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
35. NO ES CIERTO.

La anotación realizada corresponde a una sospecha diagnóstica, mas no a un diagnóstico definitivo.

36. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

Sin embargo, como lo refiere la parte demandante en el pie de página, el *staphylococcus epidermidis* se trata de un tipo de bacteria que se encuentra "en la piel de los humanos y animales".

37. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

20
18

38.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

39.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

40.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

41.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

42.NO ES CIERTO.

La anotación transcrita corresponde a una sospecha diagnostica, y no a un diagnóstico definitivo.

43.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

44.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

45.NO ES CIERTO.

La anotación transcrita corresponde a una sospecha diagnostica, y no a un diagnóstico definitivo.

46.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

47.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

48.NO ES CIERTO.

Antes de la cirugía la paciente ya presentaba **eventración gigante**, como consta en la copia de la historia clínica aportada.

Por lo demás, se trata de **APRECIACIONES SUBJETIVAS DE LA PARTE DEMANDANTE**, que no se ajustan a la realidad del caso.

49.No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

50.NO ES CIERTO.

21
19

Es necesario insistir en que desde antes de la cirugía la paciente ya tenía antecedentes psiquiátricos, los cuales pueden ser corroborados en la copia de la historia clínica aportada al proceso.

51. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

52. NO ES CIERTO.

Es necesario insistir en que según la historia clínica la paciente se encontraba divorciada antes de la cirugía.

53. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

54. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables. El hecho no refiere circunstancias de modo y lugar, por lo que es impreciso y dubitativo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Señor Juez, teniendo en cuenta que el caso *sub examine* reviste un alto contenido científico, es de gran importancia y utilidad hacer algunas consideraciones al respecto, con la intención de dar al Honorable Despacho una ilustración profesional y seria del caso.

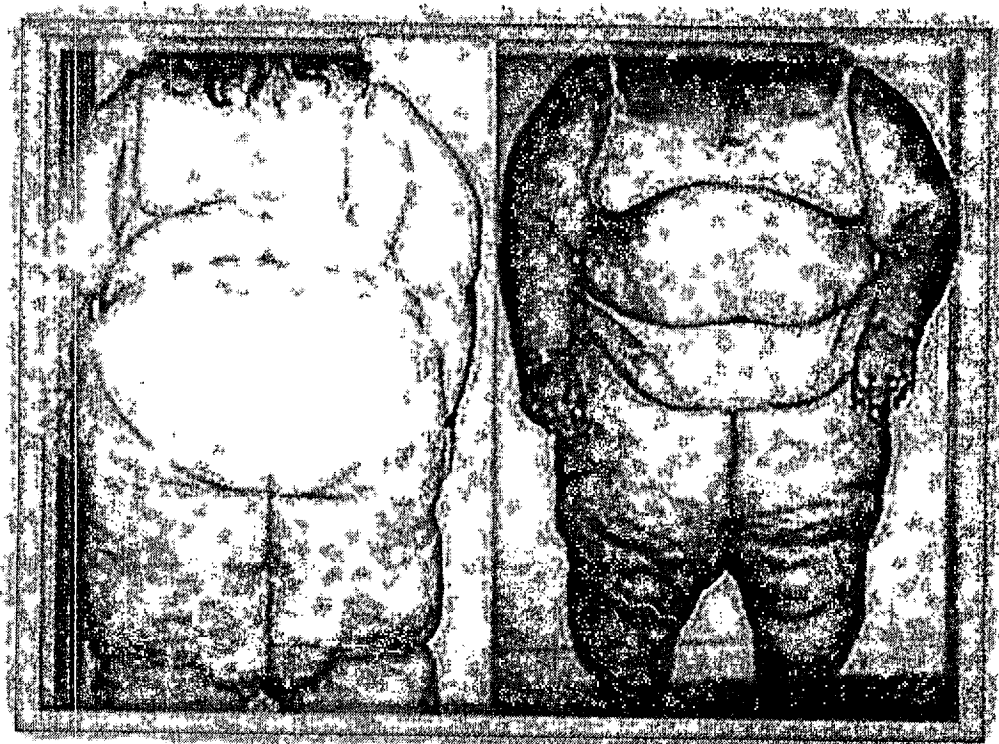
En este orden de ideas, es importante tener en cuenta que la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ padecía de una enfermedad denominada **obesidad mórbida**, cuya gravedad está dada por porque disminuye la expectativa de vida del paciente, genera discapacidad o minusvalía y trae consigo un grave problema de aislamiento y congoja, que afecta las esfera síquica y emocional de quien padece dicha patología. Resulta ilustrativo el siguiente diagrama:

22
H
R



En este tipo de obesidad el índice de masa corporal (IMC) es superior a 40, y para el caso que presentaba la paciente se trataba de un 47 IMC, es decir que sobrepasaba el límite de la obesidad mórbida en una cantidad considerable.

Con la intención de ilustrar sobre las condiciones físicas de la obesidad mórbida, me permito relacionar la siguiente imagen de un caso clínico de condiciones semejantes:



23
N

Se trata pues de una patología compleja, que afecta gravemente la salud del paciente, y pone en riesgo su vida, tal como la literatura científica ha tenido oportunidad de advertirlo:

"La obesidad constituye una patología crónica, que presenta no solo una mayor mortalidad sino también comorbilidad, en relación a su gravedad (a mayor IMC mayores complicaciones) y a su distribución (mayores comorbilidades con obesidad central que con la de distribución periférica). Dentro de las comorbilidades mayores tenemos la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome de hipoventilación- obesidad, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de neoplasias (endometrio, mama, hígado) y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga. Dentro de las comorbilidades menores caben destacar la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, la colelitiasis, el hígado graso, la infertilidad, el síndrome de ovarios poliquísticos, la incontinencia urinaria, la nefrolitiasis, otros tipos de cáncer (esófago, colon-recto, próstata, vesícula biliar), la insuficiencia venosa, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardiaca congestiva, ciertos tipos de demencias y la hipertensión endocraneal benigna."¹ (Destaco)

El anterior aparte científico es importante porque pone presente las consecuencias negativas que puede conllevar la obesidad en un paciente que no es tratado para mitigar los riesgos que conlleva la enfermedad. No resulta adecuado para un paciente con obesidad mórbida dejar de tratar la enfermedad, teniendo en cuenta que sin una intervención de la misma, las consecuencias serían nefastas, pudiendo llevar incluso a la muerte.

Es así como la cirugía bariátrica está indicada científicamente para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando se reúnen las condiciones que para este caso presentaba la paciente, dadas sus características particulares. Cabe precisar que la cirugía en este caso se llevó a cabo de forma adecuada, y las complicaciones presentadas por la paciente fueron advertidas en el consentimiento informado que ella tuvo oportunidad de entender y suscribir, tal como puede leerse del documento aportado:

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y ENTIENDO Y CERTIFICO QUE LA DECISIÓN QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA.

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización del procedimiento o intervención que se me ha propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo médico tratante, del cambio de esta decisión.

[Firma]
31.246.604 de Cali

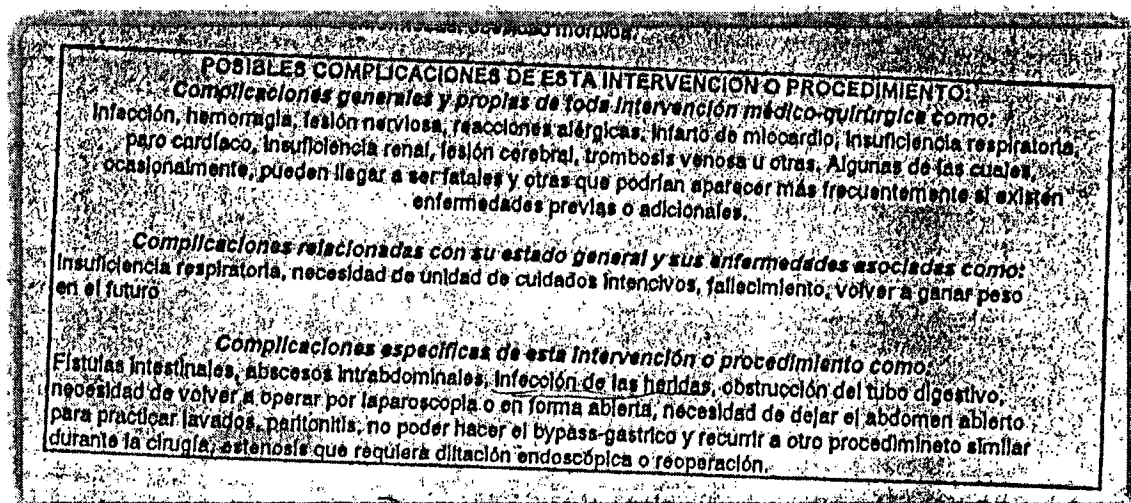
Firma y sello del Médico tratante
Bogotá, D.C.

Firma del paciente o representante
fecha: 16 / mayo / 2007

¹ CABRERIZO, Lucio ET. AL. *Complicaciones asociadas a la obesidad*, Revista Española Nutrición Comunitaria 2008, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

24
H
V

Documento en el cual además se advirtieron las posibles complicaciones, con base en los parámetros científicos que sobre este tema han sido definidos por la comunidad médica. Es así como puede leerse también en el documento de consentimiento informado:



De los anteriores datos puede decirse que los síntomas gastrointestinales como la obstrucción gástrica son complicaciones propias de la cirugía bariátrica, descritas ampliamente por la literatura científica y advertidas de forma clara y oportuna en el consentimiento informado.

Es relevante para el caso tener en cuenta que la paciente fue atendida por un equipo multidisciplinar de profesionales médicos, dentro de los cuales cabe destacar cirujano general, gastroenterólogo, nefrólogo, internista, neurólogo, siquiatra, fisioterapeuta y nutricionista, entre otros. Así las cosas, se pone de presente la diligencia y cuidado en la atención de la paciente, en todo momento.

En conclusión, del análisis científico del caso no es posible advertir culpa de los profesionales; por el contrario, resulta evidente que en este caso la atención fue idónea, y por tanto la pretendida obligación indemnizatoria que se busca hacer recaer en cabeza de mi poderdante es inexistente, razón por la cual es impreciso y contrario a derecho que en este caso se hable de responsabilidad profesional.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

A continuación me permito poner de presente ante el Honorable Despacho las razones fácticas y jurídicas por las cuales no existe en cabeza de mi poderdante responsabilidad profesional, y por tanto es desacertado que se pretenda una obligación de reparación en su contra.

25
Hoy

1. IDONEIDAD PROFESIONAL DEL DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO.

Pongo de presente ante el Honorable Despacho la idoneidad profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO, quien es médico cirujano egresado de la Universidad Pontificia Bolivariana en el año 1983, y múltiples cursos en cirugía, tanto en Colombia como en el exterior. De igual forma, a la fecha mi poderdante cuenta con casi 30 años de experiencia en el campo de la medicina y la cirugía, lo cual es diciente de su preparación y capacidad como galeno.

En materia de cirugía, mi poderdante cursó estudios de especialización en la Universidad Militar Nueva Granada. Adicionalmente, ha asistido continuamente a congresos, encuentros y cursos en materia de cirugía, dentro de los cuales está la preparación en el exterior en cirugía bariátrica, lo cual pone de presente su idoneidad profesional, así como su constancia, dominio sobre la materia y su intención de estar cada día más preparado.

En conclusión, el DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO es un profesional íntegro, y su preparación y experiencia lo habilitan para la práctica de cirugía bariátrica, de lo cual dan certeza sus estudios y experiencia, los cuales confirman sus capacidades profesionales, así como el adecuado desarrollo de su práctica como médico.

2. INEXISTENCIA DE CULPA POR CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS APLICABLE AL CASO.

La responsabilidad es la obligación de reparar un daño, que surge en cabeza de una persona, y para su estructuración se requiere el cumplimiento indispensable de unos requisitos, a saber: la existencia de un daño, un hecho generador de éste y un nexo de causalidad entre los dos anteriores. Todos los elementos de la responsabilidad deberán ser debidamente probados por la parte demandante.

Sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito *sine qua non* que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, es decir, que la atención profesional no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto.

Vital importancia para el caso reviste la línea jurisprudencial que de vieja data ha mantenido la Corte Suprema de Justicia en sala de Casación Civil, de la cual podemos extraer los siguientes apartes:

"[...] para que pueda darse la responsabilidad de que se trata, será necesario establecer primero la existencia de la relación

24 26
11

contractual entre el demandante y el demandado, [...]. En segundo lugar, habrá de probarse el daño causado a la víctima, luego la conducta descuidada del demandado y por último que ésta fue la causante de tal daño”² (Se destaca)

Nótese que se exige que el profesional de la salud obre con ligereza, y que además ese comportamiento culposo o negligente sea la causa adecuada y eficiente del daño, para que vea comprometida su responsabilidad. Dado lo anterior, es probable que en tratándose de responsabilidad médica se presente un escenario de *daño sin responsabilidad*.

Para dar aún mayor claridad sobre el régimen de responsabilidad en materia médica, me permito citar un aparte jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia:

“para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los ‘deberes médicos’ [...] Son partes de un sistema de responsabilidad civil asentado sobre la culpa [...] Y como doctrina reiterada [...] que ‘para que pueda surgir responsabilidad del personal sanitario o del centro de que aquél depende, como consecuencia del tratamiento aplicable a un enfermo se requiere ineludiblemente que haya intervenido culpa o negligencia [...] ya que en la valoración de la conducta profesional de médicos y sanitarios en general queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva (...)”³ (Se destaca)

Se insiste, la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad, y en especial la prueba de la culpa, está en cabeza de la parte demandante, por mandato de los artículos 1757 del CC y 177 del CPC, y así lo ha reconocido la jurisprudencia en materia de responsabilidad médica:

“Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, [...] los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 26 de noviembre de 1986, G.J. CLXXXIV N° 2423, págs. 743-745.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de 1° de diciembre de 2011, EXP. 1999-00797-01

5 27
H

profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos⁴ (Se destaca)

En el caso que nos ocupa, la paciente presentaba unas condiciones patológicas particulares, con base en las cuales fue intervenida quirúrgicamente con los parámetros adecuados, en un procedimiento que estaba indicado, y con la correspondiente idoneidad profesional de los médicos tratantes. Los riesgos de la cirugía fueron advertidos, y se llevó a cabo un adecuado control postoperatorio, con un equipo multidisciplinar que estuvo pendiente de la paciente constantemente.

En la historia clínica aportada puede leerse claramente que **NO HUBO COMPLICACIONES**:

SANGRADO: NO. COMPLICACIONES: NINGUNA. CONTEO DE GASAS COMPLETO.
CONTEO COMPRESAS COMPLETO.

Así pues, no es posible hablar en este caso de un comportamiento culposo de parte de mi poderdante, tal como puede evidenciarse en la copia de la historia clínica que fue aportada. Lo anterior teniendo en cuenta que el acto quirúrgico realizado no tuvo complicaciones ni inconvenientes de ningún tipo, y se cumplió con los protocolos aplicables al caso.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD.

Como se indicó en el acápite anterior, en materia de responsabilidad médica la carga de la prueba se encuentra puramente en cabeza del demandante, quien tiene la obligación de probar que el profesional incurrió en una conducta culposa, y que ésta fue la causa adecuada y eficiente del daño a reparar.

Así lo ha reiterado la jurisprudencia, en la que se ha venido señalando sin dubitación alguna que la carga probatoria en la responsabilidad médica recae sobre la parte demandante, sin que pueda presumirse la culpa de los profesionales, y mucho menos el nexo causal. Desde vieja data ha advertido que:

“la responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras.

26 28
A

lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, se requiere además que dicho daño sea imputable a la Administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo⁵
(Se destaca)

Nótese entonces que se exige que el daño haya sido causado por una actuación negligente del profesional de la salud, para que pueda hablarse de imputación.

Sobre la necesidad de la prueba del nexo de causalidad, y el rechazo tajante de su presunción en materia de responsabilidad médica, vale la pena citar una providencia del Consejo de Estado, en la que se enseña:

*"Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos"*⁶ (Destaco)

Consta dentro del expediente que la paciente tenía unas condiciones de existencia bastante alteradas, desde antes de la cirugía, como puede leerse en nota del 13 de marzo del 2007, que dice:

OBESIDAD QUE INICIA CON EL EMBARAZO HASTA LOS 105KG POSTERIOR A CIRUGIA DE HERNIA UMBILICAL EN 1999
COMIENZA A AUMENTAR HASTA LA ACTUALIDAD 125KG.
CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPARADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA PROBLEMAS ARTICULARES
LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD REQUIRIO MANEJO CONJ PSIQUIATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON
EL HIJO

Como puede advertir el Honorable Despacho, existían antecedentes patológicos, problemas laborales, familiares y

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), CP. Ruth Stella Correa Palacio. Si se trata el tema en materia administrativa, es preciso aclarar que en este ámbito la jurisprudencia civil es concordante.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 1 de julio del 2002, EXP. 14696.

29
27

sentimentales, así como antecedentes psiquiátricos, que ahora pretenden hacerse conectar con la cirugía, sin que exista en realidad conexión alguna.

En conclusión de lo hasta aquí planteado, la paciente tenía un cuadro clínico particular, que fue atendido adecuadamente por un equipo médico profesional idóneo. Las complicaciones presentadas por la paciente fueron consecuencia de los riesgos propios del tratamiento, debidamente advertidos en el consentimiento informado, y no existe relación entre los perjuicios pretendidos y la actuación profesional.

4. CAUSAL DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR UNA FUERZA MAYOR, PROVENIENTE DE UN RIESGO ADVERTIDO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El ejercicio de la medicina está relacionado con **obligaciones de medio** y no de resultado, es decir que los profesionales de la salud deben emplear diligentemente todo su conocimiento profesional conforme al estado actual de la ciencia, en pro del bienestar de sus pacientes, sin asegurar la concreción del resultado buscado; un acto médico tiene la probabilidad de fallar en su resultado, sin generar responsabilidad para los profesionales de la salud.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha aclarado el tema de las obligaciones que adquiere el profesional de la medicina, así:

"[...] el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, [...]. Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación" (Se destaca)

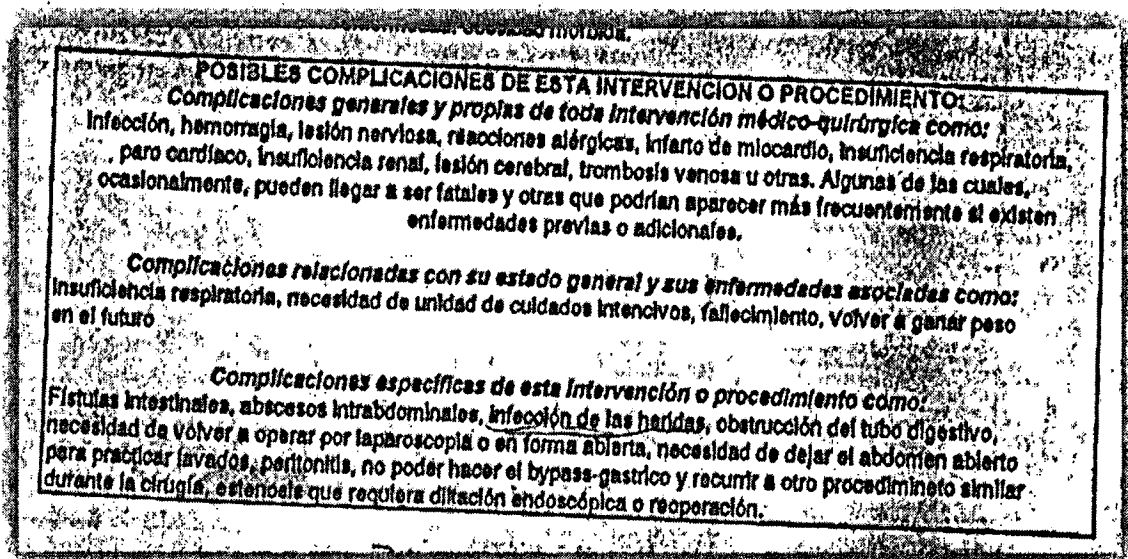
Por lo tanto, en materia de responsabilidad médica, el profesional no está llamado a responder por cualquier daño, sino solo por aquel daño que tiene como causa una falla en el ejercicio de la práctica profesional, **existiendo exoneración de responsabilidad cuando se trata de aquellos riesgos inherentes e inevitables del tratamiento, o la intervención médica que se realiza, o a la patología que padece el paciente**, pues se trata de resultados indeseados, que pese a una adecuada práctica profesional, se

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de septiembre de 1985, G.J. CLXXX N° 2419, pág. 420.

28 30

exteriorizan en razón de la complejidad de los procedimientos médicos y a la reacción y evolución orgánica de cada paciente⁸.

La inherencia del riesgo está caracterizada por ser *imprevisible e irresistible*, en las condiciones particulares del caso concreto. De igual forma, porque dicho riesgo ha sido *informado a la paciente*, quien consiente del mismo se somete a la cirugía, todo lo cual ocurre en el caso de autos, como se advierte en los anexos de la historia clínica:



Todo lo anterior fue advertido en debida forma, de lo cual incluso se dejó registro en la historia clínica de la paciente, como puede advertirlo el Honorable Despacho:

SE HABLA CLARAMENTE CON LA PACIENTE Y SE DEFINEN RIESGOS COMPLICACIONES

Adicionalmente, las condiciones previas de la paciente eran de difícil tratamiento, si se tiene en cuenta todos sus antecedentes clínicos, y sus problemas personales, familiares y psiquiátricos.

Recapitulando, el médico se obliga a ofrecerle al paciente todos sus conocimientos y habilidades, sin asegurar un resultado, y solo previendo los posibles resultados que pueden obtenerse. Es decir, el profesional contrae obligaciones de medio y no de resultado; no puede ser dueño de la causalidad y evitar los resultados no deseados, y todos los riesgos del ejercicio de la profesión, ya que se trata de un profesional, por lo que no

⁸ Vale la pena recordar que cada paciente es un universo diferente, con una organización genética, orgánica y funcional abisalmente diferente. Recuérdese que el profesional de la salud trata con seres vivos en los que cada particularidad de su anatomía marca una diferencia, y por tanto no puede controlarse cada resultado, como si se tratara del manejo de una máquina.

31
11 87

se le puede exigir imposibles⁹. Ahora bien, esas aleas propias de la práctica médica se convierten en casos de **fuerza mayor**, que eximen de responsabilidad al profesional, atendiendo su carácter de imprevisibles e irresistibles.

5. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Como punto de partida, debemos recordar que al no poder probarse la totalidad de los elementos de la responsabilidad en contra de mi poderdante, lógicamente tampoco existe para él obligación alguna de indemnizar, toda vez que **no surge para él responsabilidad civil de ningún tipo**.

Es oportuno destacar que en el ejercicio de los actos médicos es posible encontrar escenarios en que hayan daños sin responsabilidad para el profesional, teniendo en cuenta que las condiciones de la práctica médica hacen imposible evitar ciertos resultados, y de forma más común se presenta esta situación en los casos de intervenciones quirúrgicas.

Pues bien, a manera de recapitulación de los medios exceptivos que fueron señalados con anterioridad, vale la pena poner de presente que en este caso las evidencias apuntan a señalar que el proceder de mi poderdante fue idóneo, y que no es acertada la imputación de los daños y perjuicios alegados en la demanda. Para arribar a una conclusión de por qué no existe responsabilidad profesional en este caso, es oportuno enumerar las razones de lo dicho:

- 1) Mi poderdante tiene todas las competencias profesionales y la experticia para **intervenir como primer ayudante** en la cirugía realizada a la paciente, además contó con un equipo de profesionales igualmente capacitados para tales efectos;
- 2) Mi poderdante **obró diligentemente** en la cirugía, la cual resultó exitosa;
- 3) Las complicaciones fueron advertidas en el consentimiento informado, y entidades por la paciente, quien firmó el documento;
- 4) No existe una relación causal entre los daños alegados por la parte demandante, y la cirugía practicada;

En conclusión, es inadecuado hablar de responsabilidad civil en este caso, toda vez que no se dan sus elementos básicos. Valga reiterar que la responsabilidad médica es necesariamente culposa, y que las obligaciones del profesional son de medio y no de resultado, por lo que es imposible imputar responsabilidad alguna a mi poderdante, habida cuenta de su proceder, y las condiciones concretas de la paciente.

⁹ AD IMPOSSIBILIA NEMO TENETUR (nadie está obligado a realizar lo imposible).

32
H

5. EXCLUSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA.

Es de resaltar que la responsabilidad por los servicios médicos prestados por cada profesional e institución no es solidaria, es decir, que no existe responsabilidad solidaria en la atención del paciente; cuando son varios los profesionales y centros médicos relacionados con el cuidado de éste cada institución deberá responder por la atención prestada. Por lo tanto, la responsabilidad es personal, y no puede compartirse responsabilidad por el hecho de haber tenido una cadena de atención del paciente.

En conclusión, en este no puede haber responsabilidad solidaria por la atención de la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZARAMÍREZ RODRÍGUEZ; no puede hablarse de responsabilidad solidaria cuando no hay una fuente que de origen a este tipo de obligación.

6. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR Y ESTIMACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS.

Es necesario recordar que es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación, pues dicha carga probatoria ha sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que:

"Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía [...] Así que entonces es al acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga [...] Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediablemente condenada al fracaso"¹⁰

(Se resalta)

Ahora bien, la cuantía en que han sido estimados los perjuicios por la parte demandante es excesiva y carece de apoyo fáctico y jurídico, ya que se pretende obtener el pago de unas sumas de dinero cuyo *quantum* no ha sido debidamente justificado.

En relación con los perjuicios materiales, se solicita el reconocimiento de una indemnización, sin explicación alguna de los gastos en que incurrió la

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de enero de 2011, Rad. 73001-23-31-000-2001-01937-01(15800), CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

33
M/A

paciente, y sin aportar facturas, ni ningún tipo de medio probatorio con el cual justifique dicha cuantía.

Así las cosas, en este caso no es procedente el reconocimiento de perjuicios materiales, toda vez que **no hay certeza de su existencia**, y no es dable la indemnización de las *expectativas* de lucro. Es de advertir que la indemnización de un daño presupone como requisito esencial la certeza del mismo, la cual no se acredita en esta oportunidad.

Al respecto, ofrece gran claridad lo manifestado por la jurisprudencia sobre la certeza del lucro cesante:

*"En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión... Justamente, la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho, acudiendo al propósito de determinar un mínimo de razonable certidumbre a juicios de probabilidad objetiva y a un prudente sentido restrictivo cuando, en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daños en la medida en que obre en los autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido"*¹¹

Ahora bien, en relación con el perjuicio moral, si bien su tasación está sujeta al arbitrio judicial, también es claro que el Juez al momento de establecer la cuantía de dicho perjuicio tiene unos lineamientos jurisprudenciales que guían la forma en que debe proceder frente al caso.

A modo de ejemplo, se puede mencionar que en recientes y reiterados pronunciamientos jurisprudenciales se ha dicho que:

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 17/11, EXP. 11001-3103-018-1999-00533-01, MP. William Namén Vargas.

34
M/11

*"la tasación de este perjuicio, de carácter extrapatrimonial, dada su especial naturaleza, no puede ser sino compensatoria, por lo cual, corresponde al juzgador, quien con fundamento en su prudente juicio debe establecer, en la situación concreta, el valor que corresponda, para lo cual debe tener en cuenta la naturaleza y gravedad de la aflicción y sus secuelas, de conformidad con lo que se encuentre demostrado en el proceso"*¹²

En el pronunciamiento jurisprudencial precitado se concedió una indemnización de 50 SMMLV como compensación por los daños morales sufridos por la muerte de una persona, lo cual contrasta con la pretensión de la parte demandante en el caso de autos.

De igual forma, en cuanto al daño a la vida en relación, y el daño a la salud, los mismos no están acreditados, ambos se piden de forma antitéticos e imprecisa, sin justificación alguna, ya que están basados en el sufrimiento y dolor, supuestamente padecidos por la paciente, cuando es sabido que ninguno de estos perjuicios tiene como función indemnizar el dolor, y que el segundo perjuicio no ha sido reconocido por la jurisdicción ordinaria en materia civil.

En conclusión, es improcedente, antitético y totalmente fuera de lugar que se hable en este caso de responsabilidad patrimonial, y que se pretendan las sumas millonarias que hacen parte de las pretensiones, toda vez que, en primer lugar, no está plenamente demostrada la obligación de indemnizar, y por tanto no existe razón que justifique la obligación de pago.

7. GENÉRICA.

De conformidad con lo establecido por el artículo 306 del CPC, de hallarse probados hechos que constituyan una excepción, deberán ser reconocidos como tal oficiosamente en la sentencia, y en consecuencia las pretensiones tendrán que ser desestimadas.

FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En relación con el llamamiento en garantía realizado por la EPS SALUDCOOP – EN INTERVENCIÓN, me opongo rotundamente a la prosperidad del mismo, teniendo en cuenta que en este caso la intervención de la entidad que apodero en la producción del daño padecido por el demandante no es causa adecuada del mismo, y no existe por tanto forma de

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 7 de abril de 2011, Rad. 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750), CP. Mauricio Fajardo Gómez.

35
B

imputarle responsabilidad, como se expuso con suficiencia en la contestación de la demanda.

Aunado a lo anterior, no resulta adecuado que la parte denunciante pretenda vincular al proceso a mi representado con base en una obligación de tipo contractual, sin aportar el contrato con base en el cual alega su responsabilidad.

En efecto, resulta de vital importancia conocer directamente la fuente de las obligaciones de las cuales emana el supuesto deber de indemnizar en cabeza de mi poderdante, que para el caso está contenido en el contrato enunciado — pero no aportado — en el llamamiento en garantía. Lo anterior de acuerdo con el artículo 1494 del código civil.

Es una carga probatoria en cabeza del denunciante la de acreditar la obligación, legal o contractual, con base en la cual pretende vincular a un tercero en calidad de llamado en garantía.

En el caso *sub examine* es claro que no se aportó la prueba con base en la cual se pretende imputar responsabilidad a mi poderdante, y por tanto es inexistente el vínculo contractual que se alega, teniendo en cuenta que se omitió aportar la prueba con base en la cual se pretendía erigir dicho argumento. Por tanto, no habiendo un *derecho legal o contractual* con base en el cual se fundamente el llamamiento en garantía, el mismo es insostenible.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una interpretación de la demanda realizada por la entidad que llama en garantía.
2. NO ES CIERTO.

Tal como se ha advertido en varias oportunidades a lo largo del presente escrito, es inadecuado hablar de responsabilidad civil en este caso, toda vez que no se dan sus elementos básicos. Valga reiterar que la **responsabilidad médica es necesariamente culposa**, y que las obligaciones del profesional son de medio y no de resultado, por lo que es imposible imputar responsabilidad alguna a mi poderdante, habida cuenta de su intachable proceder, y las particulares condiciones del caso, dentro de las que está probada la advertencia sobre riesgos, la suscripción del consentimiento informado.

3. Es cierto.

36
M

4. Es necesario advertir que no se aporta el contrato referido, y por tanto carecen de fundamento el llamamiento en garantía que se realiza, teniendo en cuenta que no se da cuenta del vínculo contractual en el cual se basa.

Para el caso se debe tener conocimiento del clausulado del contrato referido, así como de todos sus anexos, adiciones y/u otrosíes.

En términos generales, es completamente desatinado que se pretenda vincular a mi poderdante al proceso con base en un contrato que no se aporta al proceso, y por tanto el llamamiento carece de todo fundamento.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Señor Juez, a continuación pongo de presente los argumentos fácticos y jurídicos por los que debe ser denegado el llamamiento en garantía propuesto por la parte demandada.

1. INEXISTENCIA DE DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL, COMO REQUISITO SINE QUA NON PARA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Se reitera que no se aporta el contrato con base en el cual alega su responsabilidad. En efecto, resulta de vital importancia conocer directamente la fuente de las obligaciones de las cuales emana el supuesto deber de indemnizar en cabeza de mi poderdante, que para el caso está contenido en el contrato enunciado –pero no aportado– en el llamamiento en garantía.

Si no se aportó el contrato con base en el cual se pretende establecer el vínculo para llamar en garantía a mi poderdante, es improcedente que se vincule al proceso. En efecto, en este caso feneció la oportunidad procesal para probar el vínculo que pretende establecer la entidad denunciante.

2. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE MI PODERDANTE

En todo caso, como se ha expuesto suficientemente a lo largo del presente escrito, **no existe responsabilidad por parte de mi poderdante en la producción de los daños que se alegan en la demanda, ergo no existe obligación de indemnizar los perjuicios solicitados.**

En efecto, dispone el artículo 57 CPC:

37
B

“Quien tenga derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquél, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.” (Se subraya)

Así las cosas, el llamamiento en garantía tiene como uno de sus presupuestos la obligación de indemnización en cabeza del llamado, la cual no existe en el caso sub examine, por lo que es necesario concluir que dicho llamamiento es infundado e insostenible.

OPOSICIÓN A LA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUCIOS

Me opongo a la cuantificación de los perjuicios realizada por la parte demandante, para lo cual en aras de brevedad, invoco los mismo argumentos y razonamientos expuestos en la excepción denominada *Inexistencia de la obligación de indemnizar y estimación excesiva de perjuicios*.

PRUEBAS

Señor Juez, con la finalidad de demostrar los hechos y las excepciones propuestas en esta contestación, solicito respetuosamente que se acepte y decrete la práctica de las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES.

1.1. QUE SE SOLICITAN.

1.1.1. Solicito oficiar al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, para que aporte la historia clínica **ÍNTEGRA Y AUTÉNTICA** de la paciente LUZ ESTLLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, con TODOS los anexos de la misma.

1.1.2. Solicito oficiar a la EPS CRUZ BLANCA, para que aporte la historia clínica **ÍNTEGRA Y AUTÉNTICA** de la paciente LUZ ESTLLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, con TODOS los anexos de la misma.

Con las pruebas anteriores acredito ante el Honorable Despacho, el adecuado proceder de mi poderdante en el caso que nos ocupa, así como la ausencia de nexos causal entre la intervención y los daños alegados.

30
30

2. TESTIMONIALES.

Señor Juez, solicito se acepte y decrete la práctica de los siguientes testimonios, a efectos de que los deponentes respondan la preguntas que se le formularán verbalmente o por escrito, en la diligencia correspondiente, a la cual los haré comparecer oportunamente. Los testigos son:

- 2.1. DR. CAMILO DÍAZ RINCÓN, domiciliado en Bogotá, en la Calle 95 No. 23-61.
- 2.2. DR. LEÓN MICHAAN BIALIKAMIEM, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 8 No. 17-45 Sur.
- 2.3. DR. ROMULO VARGAS, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 7 No. 40-62.
- 2.4. DR. SERGIO RAMÍREZ, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 21 No. 127-23.
- 2.5. DR. MIGUEL ÁNGEL MURCIA, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 8 No. 17-45 Sur.

Señor Juez, con la práctica de estas pruebas acreditaré el correcto proceder de mi poderdante en el caso de autos, así como su constante seguimiento de los parámetros científicos y los preceptos de la *lex artis*, avalado por la comunidad científica.

3. DICTAMEN PERICIAL.

Señor Juez, solicito se decrete y practique dictamen pericial por parte de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA, para que resuelva el cuestionario y/o una institución de similares condiciones científicas y académicas, de reconocida trayectoria en temas de cirugía bariátrica y tratamiento de obesidad, para que con base en la historia clínica de la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, absuelva las preguntas sobre la conducta profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO en el caso que nos ocupa. Las preguntas son:

- 3.1. ¿En qué consiste la patología de obesidad mórbida y cuáles son los riesgos para la salud del paciente?
- 3.2. ¿De acuerdo con las condiciones de la paciente para el momento de la cirugía, la patología que padecía se cataloga como obesidad mórbida?
- 3.3. ¿Cuáles son las indicaciones de una cirugía bariátrica?
- 3.4. ¿Esta cirugía estaba indicada para la paciente?
- 3.5. ¿Cuáles son los riesgos y complicaciones de la cirugía bariátrica?

39
#16

- 3.6. ¿Se advirtieron estos riesgos en el consentimiento informado suscrito por la paciente?
- 3.7. ¿Es la estenosis postoperatoria presentada por la paciente, una complicación de la cirugía realizada?
- 3.8. ¿Dentro del consentimiento informado se advirtió la estenosis de tubo gástrico como posible riesgo inherente a la cirugía?
- 3.9. ¿Antes de la cirugía bariátrica la paciente presentaba hernia ventral o eventración abdominal?
- 3.10. ¿Cuál fue el manejo propuesto para la hernia ventral o eventración abdominal?
- 3.11. Indique si la conducta profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO en la cirugía bariátrica fue la adecuada, dadas las condiciones del caso.

Me reservo el derecho de ampliar y/o modificar las preguntas planteadas en el presente cuestionario.

Con la práctica de esta prueba acredito la adecuada práctica profesional de mi poderdante, la debida advertencia de los riesgos de la cirugía, la ausencia de nexo causal y la ausencia de responsabilidad del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO.

4. INTERROGATORIO DE PARTE.

Señor Juez, solicito acepte y decrete la práctica del interrogatorio de parte de todos los demandantes, a efectos de que absuelvan el cuestionario que en su momento allegaré, o el que practique de forma verbal en la diligencia.

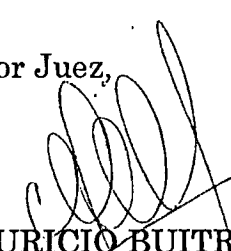
ANEXOS

1. El poder para actuar ya reposa en el expediente.

NOTIFICACIONES

Las notificaciones serán recibidas en el Despacho, o en la Carrea 15A No. 120-74, piso 2, en la ciudad de Bogotá D.C.

Señor Juez,


MAURICIO BUITRAGO AGUDELO
C.C. 1.016.007.616 de Bogotá.
T.P. 212.757 del C.S de la J.

Señores

JUZGADO OCTAVO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

JUL 30 '15 PM 4:15

25/01

JUL 30 '15 PM 4:15

REF.: 2014-350 – ORDINARIO.
DEMANDANTE: LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ
RODRÍGUEZ Y OTROS.
DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN
RAFAEL Y OTROS.
ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA Y LLAMAMIENTO
EN GARANTÍA.

MAURICIO BUITRAGO AGUDELO, identificado civil y profesionalmente como queda al firmar, de acuerdo con el poder previamente aportado, otorgado por el DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO, llamado en garantía dentro del proceso de la referencia, por medio del presente escrito, dentro del término legal, me permito CONTESTAR LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA realizado por el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, en los siguientes términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Señor Juez, me opongo a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones, en especial aquellas que buscan una declaratoria de responsabilidad y condena en contra de mi poderdante. Lo anterior por cuanto la conducta de mi poderdante fue idónea en el caso planteado, y no existió de su parte negligencia de ninguna clase, tal como puede corroborarse en la copia de la historia clínica aportada al proceso; la intervención de mi poderdante fue como primer ayudante, y no hay responsabilidad alguna derivada de su proceder.

En efecto, en este caso la declaratoria de responsabilidad que persigue la parte demandante no es oponible a mi poderdante, habida consideración de que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil.

Frente a las pretensiones en particular me pronuncio de la siguiente manera:

1. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

141

2. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
3. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
4. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
5. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
6. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
7. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
8. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
9. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
10. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.
11. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la

institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

12. ME OPONGO ROTUNDAMENTE, puesto que no existen los elementos de la responsabilidad necesarios para que se erija la institución de la responsabilidad civil, EN CONTRA DE MI PODERDANTE.

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

1. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
2. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

Sin embargo, según la historia clínica aportada, se puede leer que para desde el 6 DE MARZO DEL 2007 la paciente ya se encontraba separada y con problemas de siquiatria:

CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPARADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA. PROBLEMAS ARTICULARES. LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD. REQUIRIÓ MANEJO CON PSICUATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON EL HIJO.

3. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
4. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.
5. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
6. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
7. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
8. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

9. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
10. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
11. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
12. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
13. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
14. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
15. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
16. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
17. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
18. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
19. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
20. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 21. NO SE TRATA DE UN HECHO, SINO DE UNA APRECIACIÓN SUBJETIVA DE LA PARTE DEMANDANTE.**
22. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
23. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
24. No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

17

- 25.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 26.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 27.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 28.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 29.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 30.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 31.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 32.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 33.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 34.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.
- 35.NO ES CIERTO.

La anotación realizada corresponde a una sospecha diagnostica, mas no a un diagnóstico definitivo.

- 36.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

Sin embargo, como lo refiere la parte demandante en el pie de página, el *staphylococcus epidermidis* se trata de un tipo de bacteria que se encuentra "en la piel de los humanos y animales".

- 37.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

~~18~~

38.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

39.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

40.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

41.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

42.NO ES CIERTO.

La anotación transcrita corresponde a una sospecha diagnostica, y no a un diagnóstico definitivo.

43.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

44.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

45.NO ES CIERTO.

La anotación transcrita corresponde a una sospecha diagnostica, y no a un diagnóstico definitivo.

46.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

47.No se trata de un hecho, sino de una transcripción parcial y descontextualizada de un referido documento de historia clínica.

48.NO ES CIERTO.

Antes de la cirugía la paciente ya presentaba **eventración gigante**, como consta en la copia de la historia clínica aportada.

Por lo demás, se trata de **APRECIACIONES SUBJETIVAS DE LA PARTE DEMANDANTE**, que no se ajustan a la realidad del caso.

49.No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

50.NO ES CIERTO.

19

Es necesario insistir en que desde antes de la cirugía la paciente ya tenía antecedentes psiquiátricos, los cuales pueden ser corroborados en la copia de la historia clínica aportada al proceso.

51. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

52. NO ES CIERTO.

Es necesario insistir en que según la historia clínica la paciente se encontraba divorciada antes de la cirugía.

53. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables.

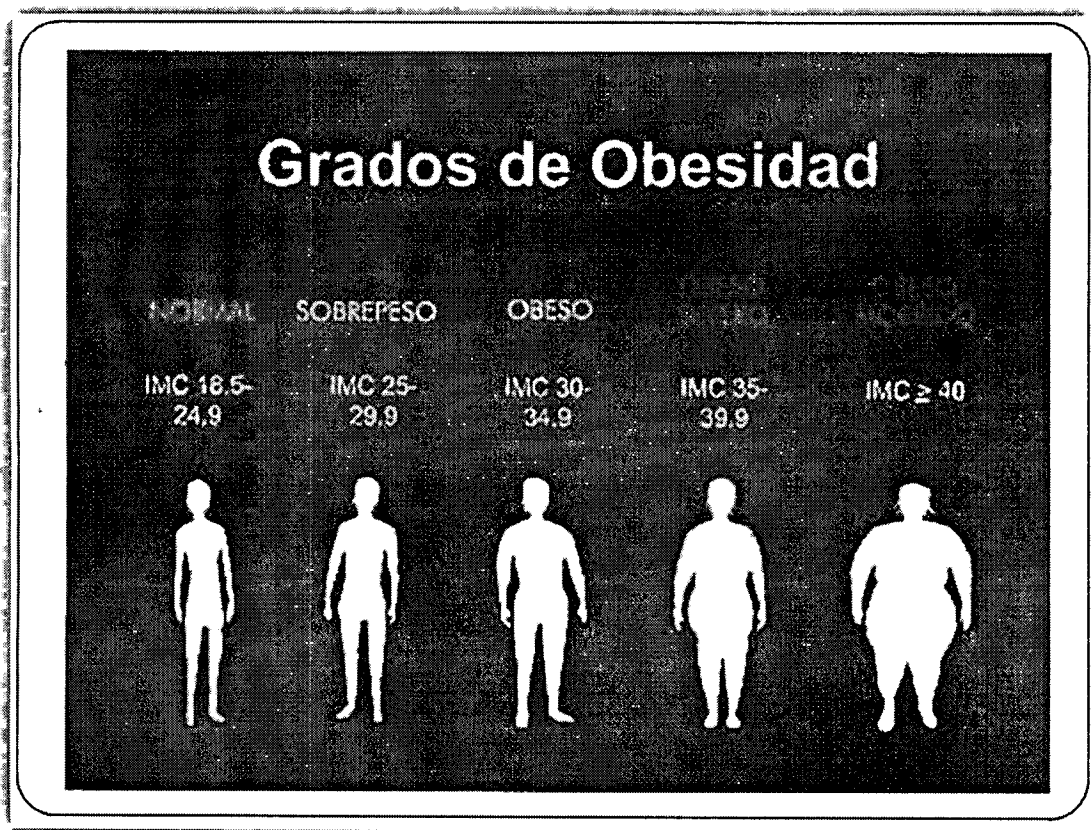
54. No le consta a mi poderdante, por lo que deberá ser debidamente probado dentro del proceso, de acuerdo con las normas de procedimiento aplicables. El hecho no refiere circunstancias de modo y lugar, por lo que es impreciso y dubitativo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Señor Juez, teniendo en cuenta que el caso *sub examine* reviste un alto contenido científico, es de gran importancia y utilidad hacer algunas consideraciones al respecto, con la intención de dar al Honorable Despacho una ilustración profesional y seria del caso.

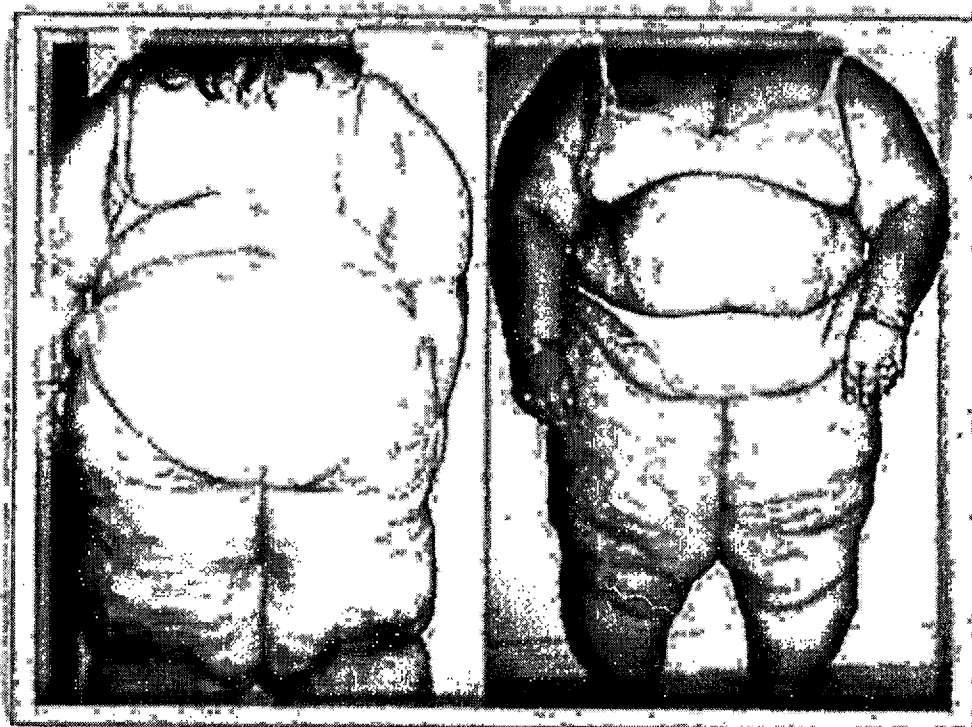
En este orden de ideas, es importante tener en cuenta que la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ padecía de una enfermedad denominada **obesidad mórbida**, cuya gravedad está dada por porque disminuye la expectativa de vida del paciente, genera discapacidad o minusvalía y trae consigo un grave problema de aislamiento y congoja, que afecta las esfera síquica y emocional de quien padece dicha patología. Resulta ilustrativo el siguiente diagrama:

[Handwritten signature]



En este tipo de obesidad el índice de masa corporal (IMC) es superior a 40, y para el caso que presentaba la paciente se trataba de un 47 IMC, es decir que sobrepasaba el límite de la obesidad mórbida en una cantidad considerable.

Con la intención de ilustrar sobre las condiciones físicas de la obesidad mórbida, me permito relacionar la siguiente imagen de un caso clínico de condiciones semejantes:



Se trata pues de una patología compleja, que afecta gravemente la salud del paciente, y pone en riesgo su vida, tal como la literatura científica ha tenido oportunidad de advertirlo:

“La obesidad constituye una patología crónica, que presenta no solo una mayor mortalidad sino también comorbilidad, en relación a su gravedad (a mayor IMC mayores complicaciones) y a su distribución (mayores comorbilidades con obesidad central que con la de distribución periférica). Dentro de las comorbilidades mayores tenemos la diabetes mellitus tipo 2, el síndrome de hipoventilación-obesidad, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, algunos tipos de neoplasias (endometrio, mama, hígado) y la artropatía degenerativa de articulaciones de carga. Dentro de las comorbilidades menores caben destacar la dislipemia, el reflujo gastroesofágico, la colelitiasis, el hígado graso, la infertilidad, el síndrome de ovarios poliquísticos, la incontinencia urinaria, la nefrolitiasis, otros tipos de cáncer (esófago, colon-recto, próstata, vesícula biliar), la insuficiencia venosa, la fibrilación auricular, la insuficiencia cardíaca congestiva, ciertos tipos de demencias y la hipertensión endocraneal benigna.”¹ (Destaco)

El anterior aparte científico es importante porque pone presente las consecuencias negativas que puede conllevar la obesidad en un paciente que no es tratado para mitigar los riesgos que conlleva la enfermedad. No resulta adecuado para un paciente con obesidad mórbida dejar de tratar la enfermedad, teniendo en cuenta que sin una intervención de la misma, las consecuencias serían nefastas, pudiendo llevar incluso a la muerte.

Es así como la cirugía bariátrica está indicada científicamente para el tratamiento de la obesidad mórbida, cuando se reúnen las condiciones que para este caso presentaba la paciente, dadas sus características particulares. Cabe precisar que la cirugía en este caso se llevó a cabo de forma adecuada, y las complicaciones presentadas por la paciente fueron advertidas en el consentimiento informado que ella tuvo oportunidad de entender y suscribir, tal como puede leerse del documento aportado:

HE COMPRENDIDO PERFECTAMENTE TODO LO ANTERIOR Y ENTiendo Y CERTIFICO QUE LA DECISION QUE TOMO ES LIBRE Y VOLUNTARIA.

Por tanto, DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización del procedimiento o intervención que se me ha propuesto y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando así lo desee, debiendo informar al equipo médico tratante, del cambio de esta decisión.

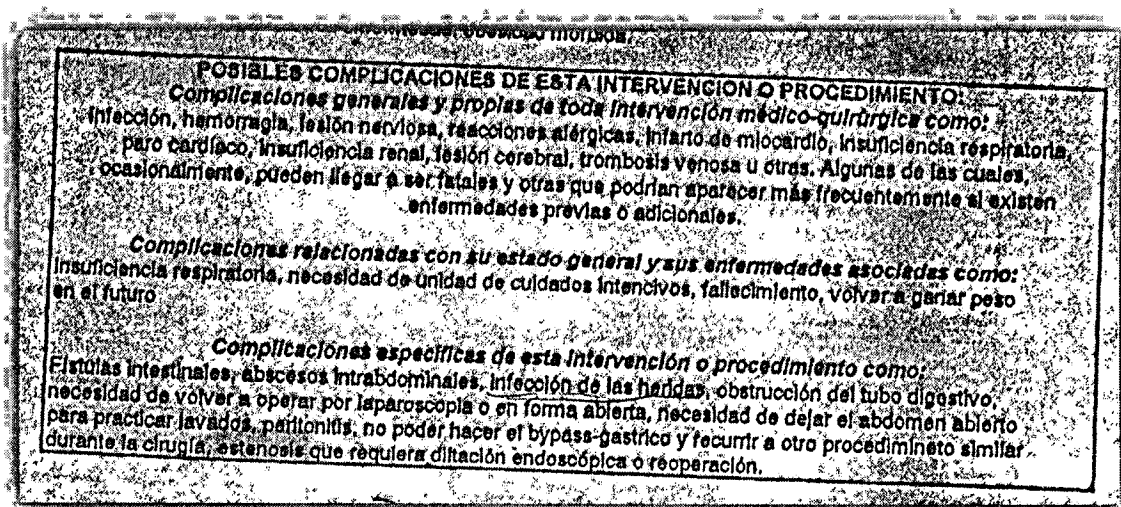
Firma y sello del médico tratante

Firma del paciente o representante

Fecha: 16 Mayo 2007

¹ CABRERIZO, Lucio ET. AL. *Complicaciones asociadas a la obesidad*, Revista Española Nutrición Comunitaria 2008, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

Documento en el cual además se advirtieron las posibles complicaciones, con base en los parámetros científicos que sobre este tema han sido definidos por la comunidad médica. Es así como puede leerse también en el documento de consentimiento informado:



De los anteriores datos puede decirse que los síntomas gastrointestinales como la obstrucción gástrica son complicaciones propias de la cirugía bariátrica, descritas ampliamente por la literatura científica y advertidas de forma clara y oportuna en el consentimiento informado.

Es relevante para el caso tener en cuenta que la paciente fue atendida por un equipo multidisciplinar de profesionales médicos, dentro de los cuales cabe destacar cirujano general, gastroenterólogo, nefrólogo, internista, neurólogo, psiquiatra, fisioterapeuta y nutricionista, entre otros. Así las cosas, se pone de presente la diligencia y cuidado en la atención de la paciente, en todo momento.

En conclusión, del análisis científico del caso no es posible advertir culpa de los profesionales; por el contrario, resulta evidente que en este caso la atención fue idónea, y por tanto la pretendida obligación indemnizatoria que se busca hacer recaer en cabeza de mi poderdante es inexistente, razón por la cual es impreciso y contrario a derecho que en este caso se hable de responsabilidad profesional.

EXCEPCIONES DE MÉRITO

A continuación me permito poner de presente ante el Honorable Despacho las razones fácticas y jurídicas por las cuales no existe en cabeza de mi poderdante responsabilidad profesional, y por tanto es desacertado que se pretenda una obligación de reparación en su contra.

1. IDONEIDAD PROFESIONAL DEL DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO.

Pongo de presente ante el Honorable Despacho la idoneidad profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO, quien es médico cirujano egresado de la Universidad Pontificia Bolivariana en el año 1983, y múltiples cursos en cirugía, tanto en Colombia como en el exterior. De igual forma, a la fecha mi poderdante cuenta con casi 30 años de experiencia en el campo de la medicina y la cirugía, lo cual es diciente de su preparación y capacidad como galeno.

En materia de cirugía, mi poderdante cursó estudios de especialización en la Universidad Militar Nueva Granada. Adicionalmente, ha asistido continuamente a congresos, encuentros y cursos en materia de cirugía, dentro de los cuales está la preparación en el exterior en cirugía bariátrica, lo cual pone de presente su idoneidad profesional, así como su constancia, dominio sobre la materia y su intención de estar cada día más preparado.

En conclusión, el DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO es un profesional íntegro, y su preparación y experiencia lo habilitan para la práctica de cirugía bariátrica, de lo cual dan certeza sus estudios y experiencia, los cuales confirman sus capacidades profesionales, así como el adecuado desarrollo de su práctica como médico.

2. INEXISTENCIA DE CULPA POR CUMPLIMIENTO DE LA LEX ARTIS APLICABLE AL CASO.

La responsabilidad es la obligación de reparar un daño, que surge en cabeza de una persona, y para su estructuración se requiere el cumplimiento indispensable de unos requisitos, a saber: la existencia de un daño, un hecho generador de éste y un nexo de causalidad entre los dos anteriores. Todos los elementos de la responsabilidad deberán ser debidamente probados por la parte demandante.

Sin embargo, cuando nos encontramos frente a la responsabilidad médica, es requisito *sine qua non* que el hecho generador del daño consista en una conducta culposa, es decir, que la atención profesional no cumpla con la correcta técnica exigida para el caso concreto, situación que como será expuesto, no sucede en el presente asunto.

Vital importancia para el caso reviste la línea jurisprudencial que de vieja data ha mantenido la Corte Suprema de Justicia en sala de Casación Civil, de la cual podemos extraer los siguientes apartes:

"[...] para que pueda darse la responsabilidad de que se trata, será necesario establecer primero la existencia de la relación

24

contractual entre el demandante y el demandado, [...]. En segundo lugar, habrá de probarse el daño causado a la víctima, luego la conducta descuidada del demandado y por último que ésta fue la causante de tal daño”² (Se destaca)

Nótese que se exige que el profesional de la salud obre con ligereza, y que además ese comportamiento culposo o negligente sea la causa adecuada y eficiente del daño, para que vea comprometida su responsabilidad. Dado lo anterior, es probable que en tratándose de responsabilidad médica se presente un escenario de *daño sin responsabilidad*.

Para dar aún mayor claridad sobre el régimen de responsabilidad en materia médica, me permito citar un aparte jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia:

“para el juzgamiento de los profesionales de la ciencia médica en el ámbito de la ‘responsabilidad civil’, por regla general, ha de tomarse en cuenta la ‘responsabilidad subjetiva’ basada en la culpa o negligencia, constituyendo la ‘lex artis’ parámetro preponderante para su determinación, en armonía con los ‘deberes médicos’ [...] Son partes de un sistema de responsabilidad civil asentado sobre la culpa [...] Y como doctrina reiterada [...] que ‘para que pueda surgir responsabilidad del personal sanitario o del centro de que aquél depende, como consecuencia del tratamiento aplicable a un enfermo se requiere ineludiblemente que haya intervenido culpa o negligencia [...] ya que en la valoración de la conducta profesional de médicos y sanitarios en general queda descartada toda responsabilidad más o menos objetiva (...)”³ (Se destaca)

Se insiste, la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad, y en especial la prueba de la culpa, está en cabeza de la parte demandante, por mandato de los artículos 1757 del CC y 177 del CPC, y así lo ha reconocido la jurisprudencia en materia de responsabilidad médica:

“Por supuesto que, si bien el pacto de prestación del servicio médico puede generar diversas obligaciones a cargo del profesional que lo asume, y que atendiendo a la naturaleza de éstas dependerá, igualmente, su responsabilidad, no es menos cierto que, en tratándose de la ejecución del acto médico propiamente dicho, deberá indemnizar, [...] los perjuicios que ocasione mediando culpa, en particular la llamada culpa

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 26 de noviembre de 1986, G.J. CLXXXIV N° 2423, págs. 743-745.

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil; Sentencia de 1° de diciembre de 2011, EXP. 1999-00797-01

25
A

profesional, o dolo, cuya carga probatoria asume el demandante, sin que sea admisible un principio general encaminado a establecer de manera absoluta una presunción de culpa de los facultativos"⁴ (Se destaca)

En el caso que nos ocupa, la paciente presentaba unas condiciones patológicas particulares, con base en las cuales fue intervenida quirúrgicamente con los parámetros adecuados, en un procedimiento que estaba indicado, y con la correspondiente idoneidad profesional de los médicos tratantes. Los riesgos de la cirugía fueron advertidos, y se llevó a cabo un adecuado control postoperatorio, con un equipo multidisciplinar que estuvo pendiente de la paciente constantemente.

En la historia clínica aportada puede leerse claramente que **NO HUBO COMPLICACIONES**:

SANGRADO: NO. COMPLICACIONES: NINGUNA. CONTEO DE GASAS COMPLETO
CONTEO COMPRESAS COMPLETO.

Así pues, no es posible hablar en este caso de un comportamiento culposo de parte de mi poderdante, tal como puede evidenciarse en la copia de la historia clínica que fue aportada. Lo anterior teniendo en cuenta que el acto quirúrgico realizado no tuvo complicaciones ni inconvenientes de ningún tipo, y se cumplió con los protocolos aplicables al caso.

3. INEXISTENCIA DEL NEXO DE CAUSALIDAD.

Como se indicó en el acápite anterior, en materia de responsabilidad médica la carga de la prueba se encuentra puramente en cabeza del demandante, quien tiene la obligación de probar que el profesional incurrió en una conducta culposa, y que ésta fue la causa adecuada y eficiente del daño a reparar.

Así lo ha reiterado la jurisprudencia, en la que se ha venido señalando sin dubitación alguna que la carga probatoria en la responsabilidad médica recae sobre la parte demandante, sin que pueda presumirse la culpa de los profesionales, y mucho menos el nexo causal. Desde vieja data ha advertido que:

"La responsabilidad estatal por fallas en la prestación del servicio médico asistencial no se deriva simplemente a partir de la sola constatación de la intervención de la actuación médica, sino que debe acreditarse que en dicha actuación no se observó la

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencias de 5 de marzo de 1940, 12 de septiembre de 1985, 30 de enero de 2001, entre otras.

26
A

*lex artis y que esa inobservancia fue la causa eficiente del daño. Esa afirmación resulta relevante para aclarar que si bien de conformidad con lo previsto en el artículo 90 de la Constitución, el derecho a la reparación se fundamenta en la antijuridicidad del daño, no es suficiente verificar que la víctima o sus beneficiarios no estaban en el deber jurídico de soportarlo para que surja el derecho a la indemnización, se requiere además que dicho daño sea imputable a la Administración, y sólo lo será cuando su intervención hubiera sido la causa eficiente del mismo*⁵
(Se destaca)

Nótese entonces que se exige que el daño haya sido causado por una actuación negligente del profesional de la salud, para que pueda hablarse de imputación.

Sobre la necesidad de la prueba del nexo de causalidad, y el rechazo tajante de su presunción en materia de responsabilidad médica, vale la pena citar una providencia del Consejo de Estado, en la que se enseña:

*“Y debe insistirse en que la presunción de la causalidad será siempre improcedente; aceptarla implicaría incurrir en una evidente contradicción, en la medida en que supondría la aplicación, tratándose de la responsabilidad por la prestación del servicio médico asistencial, de un régimen más gravoso para el demandado inclusive que el objetivo, dado que si bien en éste la falla del servicio no constituye un elemento estructural de la obligación de indemnizar, el nexo causal está siempre presente y la carga de su demostración corresponde al demandante, en todos los casos”*⁶ (Destaco)

Consta dentro del expediente que la paciente tenía unas condiciones de existencia bastante alteradas, desde antes de la cirugía, como puede leerse en nota del 13 de marzo del 2007, que dice:

OBESIDAD QUE INICIA CON EL EMBARAZO HASTA LOS 105KG POSTERIOR A CIRUGIA DE HERNIA UMBILICAL EN 1999
COMIENZA A AUMENTAR HASTA LA ACTUALIDAD 125KG.
CON PROBLEMAS FAMILIARES SEPARADA UN HIJO VIVE CON EL EX EN USA PROBLEMAS ARTICULARES
LABORALES DEBIDO A LA OBESIDAD REQUIRIO MANEJO CONJ PSQUIATRA HACE 2 AÑOS POR LOS PROBLEMAS CON
EL HIJO

Como puede advertir el Honorable Despacho, existían antecedentes patológicos, problemas laborales, familiares y

⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. 08001-23-31-000-1993-07622-01(19846), CP. Ruth Stella Correa Palacio. Si se trata el tema en materia administrativa, es preciso aclarar que en este ámbito la jurisprudencia civil es concordante.

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 1 de julio del 2002, EXP. 14696.

sentimentales, así como antecedentes psiquiátricos, que ahora pretenden hacerse conectar con la cirugía, sin que exista en realidad conexión alguna.

En conclusión de lo hasta aquí planteado, la paciente tenía un cuadro clínico particular, que fue atendido adecuadamente por un equipo médico profesional idóneo. Las complicaciones presentadas por la paciente fueron consecuencia de los riesgos propios del tratamiento, debidamente advertidos en el consentimiento informado, y no existe relación entre los perjuicios pretendidos y la actuación profesional.

4. CAUSAL DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR UNA FUERZA MAYOR, PROVENIENTE DE UN RIESGO ADVERTIDO EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El ejercicio de la medicina está relacionado con **obligaciones de medio** y no de resultado, es decir que los profesionales de la salud deben emplear diligentemente todo su conocimiento profesional conforme al estado actual de la ciencia, en pro del bienestar de sus pacientes, sin asegurar la concreción del resultado buscado; un acto médico tiene la probabilidad de fallar en su resultado, sin generar responsabilidad para los profesionales de la salud.

Sobre el particular, la Corte Suprema de Justicia ha aclarado el tema de las obligaciones que adquiere el profesional de la medicina, así:

"[...] el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, [...]. Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación" (Se destaca)

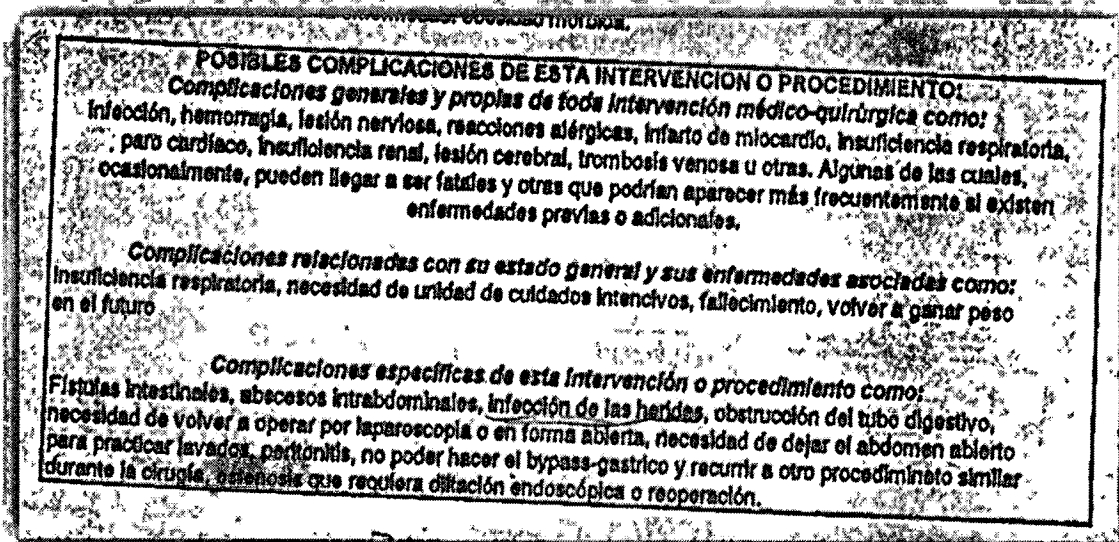
Por lo tanto, en materia de responsabilidad médica, el profesional no está llamado a responder por cualquier daño, sino solo por aquel daño que tiene como causa una falla en el ejercicio de la práctica profesional, **existiendo exoneración de responsabilidad cuando se trata de aquellos riesgos inherentes e inevitables del tratamiento, o la intervención médica que se realiza, o a la patología que padece el paciente**, pues se trata de resultados indeseados, que pese a una adecuada práctica profesional, se

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de septiembre de 1985, G.J. CLXXX N° 2419, pág. 420.

28
AP

exteriorizan en razón de la complejidad de los procedimientos médicos y a la reacción y evolución orgánica de cada paciente⁸.

La inherencia del riesgo está caracterizada por ser *imprevisible e irresistible*, en las condiciones particulares del caso concreto. De igual forma, porque dicho riesgo ha sido *informado a la paciente*, quien consiente del mismo se somete a la cirugía, todo lo cual ocurre en el caso de autos, como se advierte en los anexos de la historia clínica:



Todo lo anterior fue advertido en debida forma, de lo cual incluso se dejó registro en la historia clínica de la paciente, como puede advertirlo el Honorable Despacho:

SE HABLA CLARAMENTE CON LA PACIENTE Y SE DEFINEN RIESGOS COMPLICACIONES

Adicionalmente, las condiciones previas de la paciente eran de difícil tratamiento, si se tiene en cuenta todos sus antecedentes clínicos, y sus problemas personales, familiares y psiquiátricos.

Recapitulando, el médico se obliga a ofrecerle al paciente todos sus conocimientos y habilidades, sin asegurar un resultado, y solo previendo los posibles resultados que pueden obtenerse. Es decir, el profesional contrae obligaciones de medio y no de resultado; no puede ser dueño de la causalidad y evitar los resultados no deseados, y todos los riesgos del ejercicio de la profesión, ya que se trata de un profesional, por lo que no

⁸ Vale la pena recordar que cada paciente es un universo diferente, con una organización genética, orgánica y funcional abisalmente diferente. Recuérdese que el profesional de la salud trata con seres vivos en los que cada particularidad de su anatomía marca una diferencia, y por tanto no puede controlarse cada resultado, como si se tratara del manejo de una máquina.

se le puede exigir imposibles⁹. Ahora bien, esas aleas propias de la práctica médica se convierten en casos de **fuerza mayor**, que eximen de responsabilidad al profesional, atendiendo su carácter de imprevisibles e irresistibles.

5. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD.

Como punto de partida, debemos recordar que al no poder probarse la totalidad de los elementos de la responsabilidad en contra de mi poderdante, lógicamente tampoco existe para él obligación alguna de indemnizar, toda vez que **no surge para él responsabilidad civil de ningún tipo**.

Es oportuno destacar que en el ejercicio de los actos médicos es posible encontrar escenarios en que hayan daños sin responsabilidad para el profesional, teniendo en cuenta que las condiciones de la práctica médica hacen imposible evitar ciertos resultados, y de forma más común se presenta esta situación en los casos de intervenciones quirúrgicas.

Pues bien, a manera de recapitulación de los medios exceptivos que fueron señalados con anterioridad, vale la pena poner de presente que en este caso las evidencias apuntan a señalar que el proceder de mi poderdante fue idóneo, y que no es acertada la imputación de los daños y perjuicios alegados en la demanda. Para arribar a una conclusión de por qué no existe responsabilidad profesional en este caso, es oportuno enumerar las razones de lo dicho:

- 1) Mi poderdante tiene todas las competencias profesionales y la experticia para **intervenir como primer ayudante** en la cirugía realizada a la paciente, además contó con un equipo de profesionales igualmente capacitados para tales efectos;
- 2) Mi poderdante obró diligentemente en la cirugía, la cual resultó exitosa;
- 3) Las complicaciones fueron advertidas en el consentimiento informado, y entidades por la paciente, quien firmó el documento;
- 4) No existe una relación causal entre los daños alegados por la parte demandante, y la cirugía practicada;

En conclusión, es inadecuado hablar de responsabilidad civil en este caso, toda vez que no se dan sus elementos básicos. Valga reiterar que la responsabilidad médica es necesariamente culposa, y que las obligaciones del profesional son de medio y no de resultado, por lo que es imposible imputar responsabilidad alguna a mi poderdante, habida cuenta de su proceder, y las condiciones concretas de la paciente.

⁹ AD IMPOSSIBILIA NEMO TENETUR (nadie está obligado a realizar lo imposible).

Handwritten initials and a signature.

5. EXCLUSIÓN DE LA RESPONSABILIDAD SOLIDARIA.

Es de resaltar que la responsabilidad por los servicios médicos prestados por cada profesional e institución no es solidaria, es decir que no existe responsabilidad solidaria en la atención del paciente; cuando son varios los profesionales y centros médicos relacionados con el cuidado de éste cada institución deberá responder por la atención prestada. Por lo tanto, la responsabilidad es personal, y no puede compartirse responsabilidad por el hecho de haber tenido una cadena de atención del paciente.

En conclusión, en este no puede haber responsabilidad solidaria por la atención de la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZARAMÍREZ RODRÍGUEZ; no puede hablarse de responsabilidad solidaria cuando no hay una fuente que de origen a este tipo de obligación.

6. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR Y ESTIMACIÓN EXCESIVA DE PERJUICIOS.

Es necesario recordar que es la parte demandante quien debe demostrar la existencia del daño y luego su cuantificación, pues dicha carga probatoria ha sido reiterada por la jurisprudencia al señalar que:

“Causar un daño, como ya se dijo, genera la obligación de repararlo pero si el acreedor pretende que el juez declare la existencia de esa obligación y que por consiguiente condene al deudor a su pago, aquel tiene la carga de demostrar su existencia y su cuantía [...] Así que entonces es al acreedor a quien le asiste el interés de demostrar la ocurrencia del daño y su cuantificación sin que pueda descargar en el juzgador todo el peso de esa carga [...] Luego, si el acreedor nada prueba en torno a la existencia del daño y a su cuantía, no podrá abrirse paso la pretensión indemnizatoria pues sin la certeza de la ocurrencia y la magnitud de la lesión, la responsabilidad está irremediablemente condenada al fracaso”¹⁰

(Se resalta)

Ahora bien, la cuantía en que han sido estimados los perjuicios por la parte demandante es excesiva y carece de apoyo fáctico y jurídico, ya que se pretende obtener el pago de unas sumas de dinero cuyo *quantum* no ha sido debidamente justificado.

En relación con los perjuicios materiales, se solicita el reconocimiento de una indemnización, sin explicación alguna de los gastos en que incurrió la

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 31 de enero de 2011, Rad. 73001-23-31-000-2001-01937-01(15800), CP. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

31

paciente, y sin aportar facturas, ni ningún tipo de medio probatorio con el cual justifique dicha cuantía.

Así las cosas, en este caso no es procedente el reconocimiento de perjuicios materiales, toda vez que **no hay certeza de su existencia**, y no es dable la indemnización de las *expectativas* de lucro. Es de advertir que la indemnización de un daño presupone como requisito esencial la certeza del mismo, la cual no se acredita en esta oportunidad.

Al respecto, ofrece gran claridad lo manifestado por la jurisprudencia sobre la certeza del lucro cesante:

“En tratándose del daño, y en singular, del lucro cesante, la indemnización exige la certeza del detrimento, o sea, su verdad, existencia u ocurrencia tangible, incontestable o verosímil, ya actual, ora ulterior, acreditada por el demandante como presupuesto ineluctable de la condena con pruebas idóneas en su entidad y extensión... Justamente, la jurisprudencia de esta Corte cuando del daño futuro se trata y, en particular, del lucro cesante futuro, ha sido explícita en que no es posible aseverar, con seguridad absoluta, como habrían transcurrido los acontecimientos sin la ocurrencia del hecho, acudiendo al propósito de determinar un mínimo de razonable certidumbre a juicios de probabilidad objetiva y a un prudente sentido restrictivo cuando, en sede litigiosa, se trata de admitir la existencia material del lucro cesante y de efectuar su valuación pecuniaria, haciendo particular énfasis en que procede la reparación de esta clase de daños en la medida en que obre en los autos, a disposición del proceso, prueba concluyente en orden a acreditar la verdadera entidad de los mismos y su extensión cuantitativa, lo que significa rechazar por principio conclusiones dudosas o contingentes acerca de las ganancias que se dejaron de obtener, apoyadas tales conclusiones en simples esperanzas, expresadas estas en ilusorios cálculos que no pasan de ser especulación teórica, y no en probabilidades objetivas demostradas con el rigor debido”¹¹

Ahora bien, en relación con el perjuicio moral, si bien su tasación está sujeta al arbitrio judicial, también es claro que **el Juez al momento de establecer la cuantía de dicho perjuicio tiene unos lineamientos jurisprudenciales que guían la forma en que debe proceder frente al caso.**

A modo de ejemplo, se puede mencionar que en recientes y reiterados pronunciamientos jurisprudenciales se ha dicho que:

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia de noviembre 17/11, EXP. 11001-3103-018-1999-00533-01, MP. William Namén Vargas.

Handwritten signature/initials

"la tasación de este perjuicio, de carácter extrapatrimonial, dada su especial naturaleza, no puede ser sino compensatoria, por lo cual, corresponde al juzgador, quien con fundamento en su prudente juicio debe establecer, en la situación concreta, el valor que corresponda, para lo cual debe tener en cuenta la naturaleza y gravedad de la aflicción y sus secuelas, de conformidad con lo que se encuentre demostrado en el proceso"¹²

En el pronunciamiento jurisprudencial precitado se concedió una indemnización de 50 SMMLV como compensación por los daños morales sufridos por la muerte de una persona, lo cual contrasta con la pretensión de la parte demandante en el caso de autos.

De igual forma, en cuanto al daño a la vida en relación, y el daño a la salud, los mismos no están acreditados, ambos se piden de forma antitéticos e imprecisa, sin justificación alguna, ya que **están basados en el sufrimiento y dolor, supuestamente padecidos por la paciente, cuando es sabido que ninguno de estos perjuicios tiene como función indemnizar el dolor, y que el segundo perjuicio no ha sido reconocido por la jurisdicción ordinaria en materia civil.**

En conclusión, es improcedente, antitético y totalmente fuera de lugar que se hable en este caso de responsabilidad patrimonial, y que se pretendan las sumas millonarias que hacen parte de las pretensiones, toda vez que, en primer lugar, no está plenamente demostrada la obligación de indemnizar, y por tanto no existe razón que justifique la obligación de pago.

7. GENÉRICA.

De conformidad con lo establecido por el artículo 306 del CPC, de hallarse probados hechos que constituyan una excepción, deberán ser reconocidos como tal oficiosamente en la sentencia, y en consecuencia las pretensiones tendrán que ser desestimadas.

FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

En relación con el llamamiento en garantía realizado por la EPS SALUDCOOP – EN INTERVENCIÓN, me opongo rotundamente a la prosperidad del mismo, teniendo en cuenta que en este caso la intervención de la entidad que apodero en la producción del daño padecido por el demandante no es causa adecuada del mismo, y no existe por tanto forma de

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 7 de abril de 2011, Rad. 52001-23-31-000-1999-00518-01(20750), CP. Mauricio Fajardo Gómez.

BP #

imputarle responsabilidad, como se expuso con suficiencia en la contestación de la demanda.

Aunado a lo anterior, no resulta adecuado que la parte denunciante pretenda vincular al proceso a mi representado con base en una obligación de tipo contractual, sin aportar el contrato con base en el cual alega su responsabilidad.

En efecto, resulta de vital importancia conocer directamente la fuente de las obligaciones de las cuales emana el supuesto deber de indemnizar en cabeza de mi poderdante, que para el caso está contenido en el contrato enunciado – pero no aportado– en el llamamiento en garantía. Lo anterior de acuerdo con el artículo 1494 del código civil.

Es una carga probatoria en cabeza del denunciante la de acreditar la obligación, legal o contractual, con base en la cual pretende vincular a un tercero en calidad de llamado en garantía.

En el caso *sub examine* es claro que no se aportó la prueba con base en la cual se pretende imputar responsabilidad a mi poderdante, y por tanto es inexistente el vínculo contractual que se alega, teniendo en cuenta que se omitió aportar la prueba con base en la cual se pretendía erigir dicho argumento. Por tanto, no habiendo un *derecho legal o contractual* con base en el cual se fundamente el llamamiento en garantía, el mismo es insostenible.

FRENTE A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

1. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una interpretación de la demanda realizada por la entidad que llama en garantía.
2. NO ES CIERTO.

Tal como se ha advertido en varias oportunidades a lo largo del presente escrito, es inadecuado hablar de responsabilidad civil en este caso, toda vez que no se dan sus elementos básicos. Valga reiterar que **la responsabilidad médica es necesariamente culposa**, y que las obligaciones del profesional son de medio y no de resultado, por lo que es imposible imputar responsabilidad alguna a mi poderdante, habida cuenta de su intachable proceder, y las particulares condiciones del caso, dentro de las que está probada la advertencia sobre riesgos, la suscripción del consentimiento informado.

3. Es cierto.

4

4. Es necesario advertir que no se aporta el contrato referido, y por tanto carecen de fundamento el llamamiento en garantía que se realiza, teniendo en cuenta que no se da cuenta del vínculo contractual en el cual se basa.

Para el caso se debe tener conocimiento del clausulado del contrato referido, así como de todos sus anexos, adiciones y/u otrosíes.

En términos generales, es completamente desatinado que se pretenda vincular a mi poderdante al proceso con base en un contrato que no se aporta al proceso, y por tanto el llamamiento carece de todo fundamento.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

Señor Juez, a continuación pongo de presente los argumentos fácticos y jurídicos por los que debe ser denegado el llamamiento en garantía propuesto por la parte demandada.

1. INEXISTENCIA DE DERECHO LEGAL O CONTRACTUAL, COMO REQUISITO SINE QUA NON PARA EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

Se reitera que no se aporta el contrato con base en el cual alega su responsabilidad. En efecto, resulta de vital importancia conocer directamente la fuente de las obligaciones de las cuales emana el supuesto deber de indemnizar en cabeza de mi poderdante, que para el caso está contenido en el contrato enunciado –pero no aportado– en el llamamiento en garantía.

Si no se aportó el contrato con base en el cual se pretende establecer el vínculo para llamar en garantía a mi poderdante, es improcedente que se vincule al proceso. En efecto, en este caso feneció la oportunidad procesal para probar el vínculo que pretende establecer la entidad denunciante.

2. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE MI PODERDANTE

En todo caso, como se ha expuesto suficientemente a lo largo del presente escrito, **no existe responsabilidad por parte de mi poderdante en la producción de los daños que se alegan en la demanda, ergo no existe obligación de indemnizar los perjuicios solicitados.**

En efecto, dispone el artículo 57 CPC:

[Handwritten signature]

“Quien tenga derecho legal o contractual de exigir a un tercero la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir, o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia, podrá pedir la citación de aquél, para que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.” (Se subraya)

Así las cosas, el llamamiento en garantía tiene como uno de sus presupuestos la obligación de indemnización en cabeza del llamado, la cual no existe en el caso sub examine, por lo que es necesario concluir que dicho llamamiento es infundado e insostenible.

OPOSICIÓN A LA ESTIMACIÓN DE LOS PERJUCIOS

Me opongo a la cuantificación de los perjuicios realizada por la parte demandante, para lo cual en aras de brevedad, invoco los mismo argumentos y razonamientos expuestos en la excepción denominada *Inexistencia de la obligación de indemnizar y estimación excesiva de perjuicios*.

PRUEBAS

Señor Juez, con la finalidad de demostrar los hechos y las excepciones propuestas en esta contestación, solicito respetuosamente que se acepte y decrete la práctica de las siguientes pruebas:

1. DOCUMENTALES.

1.1. QUE SE SOLICITAN.

1.1.1. Solicito oficiar al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, para que aporte la historia clínica ***ÍNTEGRA Y AUTÉNTICA*** de la paciente LUZ ESTLLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, con TODOS los anexos de la misma.

1.1.2. Solicito oficiar a la EPS CRUZ BLANCA, para que aporte la historia clínica ***ÍNTEGRA Y AUTÉNTICA*** de la paciente LUZ ESTLLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, con TODOS los anexos de la misma.

Con las pruebas anteriores acredito ante el Honorable Despacho, el adecuado proceder de mi poderdante en el caso que nos ocupa, así como la ausencia de nexo causal entre la intervención y los daños alegados.

36

2. TESTIMONIALES.

Señor Juez, solicito se acepte y decrete la práctica de los siguientes testimonios, a efectos de que los deponentes respondan la preguntas que se le formularán verbalmente o por escrito, en la diligencia correspondiente, a la cual los haré comparecer oportunamente. Los testigos son:

- 2.1. DR. CAMILO DÍAZ RINCÓN, domiciliado en Bogotá, en la Calle 95 No. 23-61.
- 2.2. DR. LEÓN MICHAAN BIALIKAMIEM, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 8 No. 17-45 Sur.
- 2.3. DR. ROMULO VARGAS, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 7 No. 40-62.
- 2.4. DR. SERGIO RAMÍREZ, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 21 No. 127-23.
- 2.5. DR. MIGUEL ÁNGEL MURCIA, domiciliado en Bogotá, en la Carrera 8 No. 17-45 Sur.

Señor Juez, con la práctica de estas pruebas acreditaré el correcto proceder de mi poderdante en el caso de autos, así como su constante seguimiento de los parámetros científicos y los preceptos de la *lex artis*, avalado por la comunidad científica.

3. DICTAMEN PERICIAL.

Señor Juez, solicito se decrete y practique dictamen pericial por parte de la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA, para que resuelva el cuestionario y/o una institución de similares condiciones científicas y académicas, de reconocida trayectoria en temas de cirugía bariátrica y tratamiento de obesidad, para que con base en la historia clínica de la paciente LUZ ESTELLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, absuelva las preguntas sobre la conducta profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO en el caso que nos ocupa. Las preguntas son:

- 3.1. ¿En qué consiste la patología de obesidad mórbida y cuáles son los riesgos para la salud del paciente?
- 3.2. ¿De acuerdo con las condiciones de la paciente para el momento de la cirugía, la patología que padecía se cataloga como obesidad mórbida?
- 3.3. ¿Cuáles son las indicaciones de una cirugía bariátrica?
- 3.4. ¿Esta cirugía estaba indicada para la paciente?
- 3.5. ¿Cuáles son los riesgos y complicaciones de la cirugía bariátrica?

Handwritten initials and a large number '11' in the top right corner.

- 3.6. ¿Se advirtieron estos riesgos en el consentimiento informado suscrito por la paciente?
- 3.7. ¿Es la estenosis postoperatoria presentada por la paciente, una complicación de la cirugía realizada?
- 3.8. ¿Dentro del consentimiento informado se advirtió la estenosis de tubo gástrico como posible riesgo inherente a la cirugía?
- 3.9. ¿Antes de la cirugía bariátrica la paciente presentaba hernia ventral o eventración abdominal?
- 3.10. ¿Cuál fue el manejo propuesto para la hernia ventral o eventración abdominal?
- 3.11. Indique si la conducta profesional del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO en la cirugía bariátrica fue la adecuada, dadas las condiciones del caso.

Me reservo el derecho de ampliar y/o modificar las preguntas planteadas en el presente cuestionario.

Con la práctica de esta prueba acredito la adecuada práctica profesional de mi poderdante, la debida advertencia de los riesgos de la cirugía, la ausencia de nexo causal y la ausencia de responsabilidad del DR. CARLOS ALBERTO SÁNCHEZ TORO.

4. INTERROGATORIO DE PARTE.

Señor Juez, solicito acepte y decrete la práctica del interrogatorio de parte de todos los demandantes, a efectos de que absuelvan el cuestionario que en su momento allegaré, o el que practique de forma verbal en la diligencia.

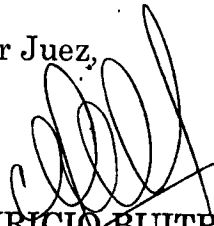
ANEXOS

- 1. El poder para actuar ya reposa en el expediente.

NOTIFICACIONES

Las notificaciones serán recibidas en el Despacho, o en la Carrea 15A No. 120-74, piso 2, en la ciudad de Bogotá D.C.

Señor Juez,


MAURICIO BUITRAGO AGUDELO
C.C. 1.016.007.616 de Bogotá.
T.P. 212.757 del C.S de la J.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

[Handwritten signature]
JUZ 8 CIVIL Q71.B06
17 F
AUG 11 '15 8:19

JUZGADO OCTAVO (8) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Referencia: Proceso Ordinario No. **2014-00350**

Demandante: LUZ STELLA RAMÍREZ Y OTROS

Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL Y OTROS

Llamado en garantía: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

DAVID GÓMEZ CARRILLO, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1019.040.018 de Bogotá y Tarjeta Profesional No. 227.721 del C.S. de la J., actuando como apoderado judicial de SEGUROS DEL ESTADO S.A., respetuosamente procedo a dar contestación al llamamiento en garantía dentro de la demanda de la referencia, así:

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Ninguno de los hechos enunciados por el demandante le consta a mi poderdante, pues al momento de su acaecimiento, no se encontraba una posición tal que le permitiera enterarse de su ocurrencia; en cualquier caso, son hechos que deben probarse en el curso del proceso.

II. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

SEGUROS DEL ESTADO S.A. como llamado en garantía, se opone a una declaración de responsabilidad por negligencia y descuido en la atención médica prestada al señor SAÚL VARGAS CUESTA, pues el HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL fue diligente en las obligaciones que le correspondían, para la atención del paciente y además realizó todos los procedimientos necesarios y requeridos, de conformidad con la *lex artis* aplicable.

III. EXCEPCIONES A LA DEMANDA PRINCIPAL

I - INEXISTENCIA DE CULPA

En la presente actuación, se pretende proceder a declarar civilmente responsable, entre otras entidades, al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL. Sin ser en ninguna medida clara ni explícita la argumentación del demandante, es cierto que no se menciona de manera particularmente individualizada el momento donde se pudo haber presentado una falla médica,



21

máxime cuando el periodo durante el cual la paciente recibió atención, comprendía una amplia gama de labores de diagnóstico y tratamiento.

La referida falta de claridad en la demanda, en cuanto a la naturaleza y entidad de la mala praxis alegada, dificulta la posibilidad de hacer un pronunciamiento claro y certero sobre ese punto. Sin embargo, resulta claro que en el material probatorio obrante en el expediente, no se evidencia de manera cierta e inobjetable la existencia de algún elemento de juicio que permita entrever una deficiente prestación del servicio de salud de parte del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

Todos los procedimientos llevados a cabo se hicieron de conformidad con los parámetros exigibles en cada una de las actuaciones, por parte de profesionales con el nivel de pericia requerido en cada situación, siempre respetando los protocolos requeridos en concreto, frente a cada procedimiento llevado a cabo.

Bien es sabido que de conformidad con el régimen de responsabilidad aplicable en Colombia¹, por regla general², la responsabilidad civil extracontractual requiere de un elemento subjetivo imputable al presunto generador del perjuicio, que es la culpa; sin ésta, no hay lugar a proferir reproche de responsabilidad alguno.

Por consiguiente, frente a la ausencia de prueba que demuestre la existencia de culpa en cabeza del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, la necesaria conclusión es que no hay lugar a condenarla por ningún concepto.

2 - INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL

Uno de los elementos estructurantes de la Responsabilidad Civil es la existencia del nexo de causal, para que exista este, el hecho dañoso que se le imputa al HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL, debe ser consecuencia directa de un actuar culposo, situación que no se presenta en el caso que nos ocupa, pues ninguna de las dolencias físicas sufridas por el demandante y relacionadas en el escrito de demanda, surge como consecuencia clara e inequívoca de un hecho humano y mucho menos, de una mala praxis médica.

Por el contrario, se trató de circunstancias propias del azar desafortunado propio de esa clase de procedimientos quirúrgicos. Las cirugías altamente invasivas como la que se le practicó a la paciente, naturalmente entrañan una amplia

¹ El artículo 2341 del código civil reza lo siguiente: "ARTICULO 2341. RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL. El que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido."

² Se exceptúan actividades especiales, como por ejemplo las denominadas "actividades peligrosas", ninguna de ellas correspondiendo a la actividad objeto del presente debate.



gama de riesgos a la salud del paciente receptos, uno de los cuales desafortunadamente se materializó en el caso que nos ocupa.

En este caso, frente a estos desafortunados sucesos, la CLÍNICA SAN RAFAEL dispuso de todos sus recursos humanos y técnicos para ofrecer su mejor atención.

En efecto, la doctrina, basada en elementales consideraciones sobre la materia, ha sentado lo siguiente: *"El sentido común se niega a admitir que la existencia de un daño sea soportada por quien no ha influido en su realización. Entonces es necesaria una relación causa-efecto entre el acto humano y el daño que se produce, es decir, la causación del daño por el agente dañino es necesaria para configurar la responsabilidad civil, además del daño y la culpa"*

Por consiguiente, de acuerdo con lo expuesto anteriormente, para que un daño sea imputable al demandado es necesario previamente determinar la relación de causalidad entre aquel y la conducta reprochada, que como vemos, en este caso no se configuró.

En sentencia 5507 del 30 de enero de 2001, Magistrado Ponente Dr. José Fernando Ramírez Gómez, la sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, se pronunció al respecto de la siguiente manera:

"Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explico, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el medico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa".

Es así como se concluye, que en el presente caso no se da muestra alguna de una falta concreta al deber de atención y cuidado, suficiente para acreditar la existencia de un nexo causal y una consecuencial sentencia condenatoria.

3. - RIESGO INHERENTE AL HECHO OCURRIDO

La conducta del HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL que tuvo que ver directamente con la atención médica prestada, no fue la causa de la pérdida sufrida, ni existió ninguna conducta culposa o inapropiada, motivo por el cual este hecho no alcanza a tener carácter de indemnizable.

En este sentido el Doctor Andrés Felipe Villegas García, en su artículo denominado "LA MATERIALIZACION DEL RIESGO INHERENTE Y SU DIFERENCIACION CON LA

VELÁSQUEZ POSADA, Obdulio. Responsabilidad Civil Extracontractual. Editorial Temis, Bogotá, 2013. 2da Ed.



24

CULPA MEDICA" publicado en la revista Responsabilidad Civil y del Estado N° 24 de noviembre de 2008, hace referencia al riesgo inherente así:

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

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

La practica judicial muestra que muchas de las demandas de responsabilidad civil medica tiene como fundamento un daño que en su aparición no está conectado causalmente con el comportamiento del medico. Es decir, un daño que tiene por origen un fenómeno que no podría ser imputado al profesional de la medicina, aunque haya existido un despliegue físico de éste por la atención prestada al paciente.

Dicho daño no es de aquellos sobre los cuales la responsabilidad civil está orientada como mecanismo propio de reparación, por ello mal se haría al conceder una indemnización a aquellas personas que sufrieron el daño, pues de suyo que éste no fue causado por un obrar culposo del medico.

Solo aquellos daños que tengan la entidad de ilícitos, por estar precedidos de un comportamiento reprochable, deben ser reparados; y es claro que tratándose de responsabilidad medica, dicha litud la otorga el comportamiento culposo del operador sanitario (...)

No puede entonces confundirse el concepto daño con el concepto culpa, o la prueba del daño con la prueba de la culpa, ni muchos menos confundir cualquier daño físico o psíquico, con los daños que tienen la entidad de llegar a ser indemnizables para la responsabilidad civil.

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



Handwritten signature or initials in the top right corner.

El hecho de la aparición en el paciente de un menoscaba a su integridad física, no significa que sea necesariamente una consecuencia del obrar culposo del medico. Sostener lo anterior seria tanto como desconocer juicios de imputación subjetiva y objetiva propios de la responsabilidad civil. En efecto, no toda intervención física del medico esta relacionada con la acusación de un daño. Pensar, así, seria atentar contra la teoría de la causalidad adecuada que debe entrar a explicar el nexo de causalidad como elemento necesario en la responsabilidad civil".

Del caso concreto se puede observar que, durante la atención medica recibida por la paciente, en ningún momento existió una conducta culposa o inapropiada ni un procedimiento distinto al requerido, por el contrario se actúa de forma cuidadosa y oportuna, pues la paciente recibió una atención medica constante y las decisiones tomadas para mejorar el estado de salud fueron adecuadas y ajustadas a las ciencia y la literatura medica y el hecho de que posteriormente se presentara una infección y otra serie de complicaciones que desencadenaron en su lamentable estado de salud, no significa que haya responsabilidad de la entidad demandada.

4.- INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL DAÑO SUFRIDO

En el evento en que no sean de recibo las excepciones anteriormente propuestas, solicitamos respetuosamente al despacho tomar en consideración lo siguiente:

La Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia ha definido el Daño Moral de la siguiente forma:

"Tal perjuicio, como se sabe, es una especie de daño que incide en el ámbito particular de la personalidad humana en cuanto toca sentimientos íntimos tales como la pesadumbre, la aflicción, la soledad, la sensación de abandono o de impotencia que el evento dañoso le hubiese ocasionado a quien lo padece, circunstancia que, si bien dificulta su determinación, no puede aparejar el dejar de lado la empresa de tasarlos, tarea que, por lo demás, deberá desplegarse teniendo en cuenta que las vivencias internas causadas por el daño, varían de la misma forma como cambia la individualidad espiritual del hombre, de modo que ciertos incidentes que a una determinada persona pueden conllevar hondo sufrimiento, hasta el extremo de ocasionarle severos trastornos emocionales, a otras personas, en cambio, puede afectarlos en menor grado. Aparte de estos factores de índole interna, dice la Corte, que pertenecen por completo al dominio de la psicología, y cuya comprobación exacta escapa a las reglas procesales, existen otros elementos de carácter externo, como son los que integran el hecho antijurídico que provoca la obligación de indemnizar, las circunstancias y el medio en que el acontecimiento se manifiesta, las condiciones sociales y económicas de los protagonistas y, en fin, todos los demás que se



[Handwritten signature]

conjugan para darle una individualidad propia a la relación procesal y hacer más compleja y difícil la tarea de estimar con la exactitud que fuera de desearse la equivalencia entre el daño sufrido y la indemnización reclamada ... (G. J. Tomo LX, pag. 290)⁴ (Subrayado fuera del texto original).

No caben dudas que un acontecimiento como el ocurrido, con base en el cual se adelanta la presente actuación, tiene entidad suficiente para desencadenar la ocurrencia de daños morales en la persona del demandante.

Sin embargo, es necesario precisar que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha cuantificado el daño moral frente a eventos en los que se presentó la muerte de un familiar cercano del demandante, de la siguiente forma:

- Noviembre 17 de 2011: se reconoce indemnización por perjuicio moral a los familiares del fallecido de \$53'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Noviembre 17 de 2011. Expediente: 11001-3103-018-1999-00533-01. Magistrado ponente: William Namén Vargas.

- Julio 9 de 2012: Reconoce indemnización por perjuicio moral a los familiares del fallecido de \$55'.000.000. Sentencia Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Julio 9 de 2012. Expediente: 11001-3103-006-2002-00101-01. Magistrado ponente: Ariel Salazar Ramírez.

En el escrito genitor del proceso, el demandante presentó una cuantificación del daño moral que no se compadece con el precedente anteriormente relacionado, pues en el presente caso, a pesar de lo grave que pudieron haber sido las afectaciones, no pueden considerarse en ninguna medida cercanas a las que genera la muerte, teniéndose así que la hipotética indemnización procedente debería ser sustancialmente inferior.

Por otra parte, en lo que tiene que ver con los perjuicios materiales reclamados por los demandantes, se echa de menos el material probatorio de sustento, sin el cual no resulta procedente tenerlos por ciertos.

Por lo anterior, solicitamos respetuosamente al despacho, en el hipotético evento en que encuentre viable declarar la existencia de responsabilidad civil, ajustar la condena a un monto razonable y adecuado, conforme la jurisprudencia y las particularidades del caso.

IV. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE HECHO Y DERECHO

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 10 de marzo de 1994, citada en la Sentencia del 9 de julio de 2012. Ref. Exp. 11001-3103-006-2002-00101-01, Magistrado Ponente ARIEL SALAZAR RAMÍREZ.



Como fundamentos de derecho cito los artículos 1047, 1056, 1057, 1079 y 1103 del Código de Comercio y demás normatividad aplicable a la materia.

V. A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO DE GARANTIA:

1. Es cierto, según consta en el escrito de demanda.
2. Es cierto, según consta en el escrito de demanda.
3. Es cierto, con la aclaración de que los amparos asumidos por SEGUROS DEL ESTADO S.A. con ocasión de la suscripción de la póliza No. 051104934 se encuentran definidos y delimitados por la definición del amparo, exclusiones y demás condiciones pactadas al interior del negocio jurídico asegurativo.
4. No es cierto, pues como se expondrá más adelante, la póliza No. 051104934 contiene una serie de amparos y exclusiones que desvirtúan la existencia de cualquier responsabilidad en cabeza de mi defendida, según se mostrará más adelante.

VI. EXCEPCIONES AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

1. AUSENCIA DE PACTO EXPRESO SOBRE LA COBERTURA DEL LUCRO CESANTE

El artículo 1088 del código de comercio reza lo siguiente:

"ARTÍCULO 1088. CARÁCTER INDEMNIZATORIO DEL SEGURO. Respecto del asegurado, los seguros de daños serán contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento. La indemnización podrá comprender a la vez el daño emergente y el lucro cesante, pero éste deberá ser objeto de un acuerdo expreso." (Subrayado y negrilla por fuera del texto original).

De modo que, ante la ausencia de disposición alguna al interior del contrato de seguro, en relación con la cobertura del Lucro Cesante, la obligada conclusión deberá ser que el mismo se encuentra excluido de cobertura y por tanto, no habrá lugar a indemnizarlo frente al acaecimiento de un riesgo asegurado.

En el clausulado de la póliza No. 051104934 bien puede verificarse la inexistencia de disposición contractual alguna relacionada con la cobertura del Lucro Cesante.

En ese sentido, todos los daños pedidos con ocasión del Lucro Cesante de la señora LUZ STELLA ESPERANZA RAMÍREZ RODRÍGUEZ, se encuentran excluidos de cobertura y como tal no pueden ser asumidos por parte de SEGUROS DEL ESTADO.



23

2. AUSENCIA DE COBERTURA FRENTE A LOS PERJUICIOS INMATERIALES

En cuanto al valor reclamado por concepto de perjuicios de daño a la vida en relación y demás categorías indemnizatorias análogas, es necesario precisar que el artículo 1127 del Código de Comercio estableció lo siguiente:

"El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado." (Subrayado por fuera del texto original).

En ese sentido, resulta claro que la ley habla solo de la obligación de dar cobertura a los perjuicios patrimoniales causados por el asegurado, excluyendo de forma clara a los perjuicios extrapatrimoniales, dentro de los cuales se encuentran distintos rubros tales como el daño a la vida en relación, daño a la salud, perjuicios fisiológicos, entre otras categorías de orden jurisprudencial que tienen como denominador común su fundamento en daños ajenos a la esfera material, patrimonial y cuantificable del individuo afectado.

Por todo lo anterior, resulta claro que no hay lugar a indemnizar perjuicios por daño a la vida en relación y demás conceptos análogos de daño extrapatrimonial solicitados en la demanda principal, con cargo a la póliza No. 051104934.

3. LIMITE DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad a cargo de SEGUROS DEL ESTADO, está señalado en las carátulas de la referida póliza tomada por el llamante en garantía, y representado en el Valor Asegurado establecido para cada amparo otorgado, según lo dispuesto en el artículo 1079 del Código de Comercio⁵.

Por lo señalado, ninguna condena que hipotéticamente se profiera en el marco de la presente actuación, en contra de SEGUROS DEL ESTADO, podrá exceder el mencionado límite pactado.

En ese sentido, mediante Sentencia No. 026 del 22 de julio de 1999 (Expediente No. 5065) la Sala de Casación Civil y Agraria de la Corte Suprema de Justicia, Magistrado Ponente Nicolás Bechara Simancas, señaló lo siguiente:

⁵ ARTÍCULO 1079. <RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA>: El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074."



29 / 10

"(...) El contrato de seguro de daños, es meramente indemnizatorio de todo o parte del perjuicio sufrido por el asegurado. Tal es la razón para que el asegurado, en caso de presentarse el riesgo, no pueda reclamar del asegurador suma mayor que la asegurada, así el daño haya sido superior, ni cifra que exceda del monto del daño, aunque el valor asegurado fuese mayor. El asegurado logra así, a través del contrato de seguro, la posibilidad de obtener la reparación del detrimento que sufre en su patrimonio a causa del acaecimiento del siniestro; su aspiración no puede ir más allá de alcanzar una compensación del empobrecimiento que le cause la ocurrencia del insuceso asegurado; el contrato le sirve para obtener una reparación, más no para conseguir lucro (...)". (Subrayado y negrilla fuera de texto).

- Concretamente, en relación con este aspecto, se resalta que en la carátula de la póliza No. 051104934 atañedora al presente caso, se indica como valor asegurado un monto total de \$500.000.000.

Por otra parte, en la segunda página de la carátula de la póliza No. 051104934, se establece que la cobertura concerniente a "daños y perjuicios morales" está sublimitada a un valor de \$50.000.000 por cada evento; y \$100.000.000 por vigencia, lo que quiere decir que cualquier condena con cargo a ésta póliza, por concepto de daño moral, no podrá sobrepasar los \$50.000.000 dentro de la presente actuación, pues se está frente a un único evento.

Por todo lo anterior, ninguna hipotética condena en contra de mi representada podrá sobrepasar los montos atrás referidos, para cada uno de los amparos otorgados.

4. DEDUCIBLE DE LA PÓLIZA No. 051104934:

En caso de que sean tomadas en cuenta las pretensiones de la demanda y del llamamiento en garantía, resultaría necesario considerar lo siguiente:

Que la póliza No. 051104934 establecen un deducible de la siguiente manera:

- Póliza No. 051104934: "Deducible: 15.00% del valor de la pérdida - Mínimo: 3.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES".

Por ende, y en el evento que el juzgado ordene afectar la tantas veces mencionada pólizas, se deberá realizar el descuento del deducible sobre el valor de la condena, acorde a lo estipulado, es decir que:

Si el equivalente al quince (15) por ciento del valor a pagar es menor a 3 SMMLV, se descontará como deducible el equivalente a 3 SMMLV, ejemplo:



30

Valor a pagar	15% del Valor a Pagar	El valor del 15% es menor a	Valor a Indemnizar
\$12.000.000	\$1.800.000	3 SMMLV = \$1.933.050	\$12.000.000 - \$1.933.050=\$10.066.950

3.2. Es importante indicar que la responsabilidad de esta aseguradora nunca podrá superar el límite del valor asegurado, en el entendido que la responsabilidad de SEGUROS DEL ESTADO S.A., es hasta la concurrencia de la suma asegurada, tal y como se establece en el Artículo 1079 del Código de Comercio:

"Artículo 1079: -Responsabilidad hasta la ocurrencia de la suma asegurada- El asegurador no estará obligado a responder si no hasta la ocurrencia de la suma asegurada."

En efecto, no es posible que una indemnización supere la suma asegurada por el amparo correspondiente a afectar, el cual se han establecido previamente.

5. EXCEPCIÓN GENÉRICA

Que se sustenta en los hechos de la demanda, las contestaciones y demás que se lleguen a probar dentro del proceso y que sirvan de fundamento a la defensa no alegada, conforme a lo estipulado en el artículo 306 del C.P.C.

VII. PRUEBAS

1. Coadyuvo todos los medios probatorios solicitados por las partes en sus escritos, y solicito se me permita participar en las diligencias de testimonios e interrogatorios de parte solicitados, a efecto de intervenir personalmente o mediante cuestionario que remitiré oportunamente en sobre cerrado a su Despacho.

VIII. ANEXOS

1. Poder debidamente conferido por el Representante Legal de SEGUROS DEL ESTADO.
2. Certificado de existencia y representación legal de SEGUROS DEL ESTADO, expedido por la Cámara de Comercio y por la Superintendencia Financiera de Colombia.
3. Copia de la póliza No. 051104934, así como sus correspondientes certificados de vigencia y clausulados aplicables, cuando a ello hubiere lugar.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

3/11

IX. NOTIFICACIONES

A mí representado, **SEGUROS DEL ESTADO S.A.** en la Carrera 11 numero 90-40 de la ciudad de Bogotá, Correo Electrónico: david.gomez@segurosdelestado.com.

Al suscrito, en la Carrera 11 numero 90-40 de la ciudad de Bogotá. Tel 6919122 Ext. 190 Correo Electrónico david.gomez@segurosdelestado.com.

Del(a) señor(a) Juez, respetuosamente,

David Gómez Carrillo

C.C. 1.019.040.018 de Bogotá D.C.

T. P. 227.721 del C. S. de la J.



**SEGUROS
DEL
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.578-6

JUZ 8 CIVIL CTO. BOG

AUG 11 '15 AM 8:20

Señor:

JUZGADO OCTAVO (08) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Bogotá D.C.

REF. Proceso: Ordinario

Radicación N° 2014-0350

Demandante: LUZ STELLA RAMÍREZ, GERMÁN ANDRÉS RAMÍREZ Y OTROS

Demandado: HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL Y OTROS

Llamado en Garantía: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Álvaro Muñoz Franco, mayor de edad, vecino y domiciliado en Bogotá, identificado con la **Cédula de Ciudadanía No. 7.175.834** de Tunja., obrando en este acto como Representante Legal Suplente de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**, entidad legalmente constituida y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, D.C., todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia cuya fotocopia anexo, comedidamente me dirijo a usted para manifestarle que por medio del presente escrito otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **DAVID GOMEZ CARRILLO**, mayor de edad, residente y domiciliado en Bogotá D.C., identificado con **Cédula de Ciudadanía No. 1.019.040.018** expedida en Bogotá, y portador de la **Tarjeta Profesional N° 227.721** del Consejo Superior de la Judicatura, para que acuda ante su Despacho se notifique, conteste y agote todas las actuaciones procesales pertinentes dentro del proceso de la referencia en representación de **SEGUROS DEL ESTADO S.A.**

En el ejercicio de mi poder conferido el apoderado queda facultado para notificarse, recibir, solicitar copias, transigir, formular las respectivas excepciones, conciliar, no conciliar y desistir el presente poder cuando lo estime conveniente y en general todas las facultades necesarias para el cumplimiento de su gestión.

Sírvase Señor (a) Juez reconocerle personería a mi apoderado en los términos aquí señalados.

Del Señor (a) Juez,

ÁLVARO MUÑOZ FRANCO
C. C. No. 7.175.834 de Tunja
Representante Legal

Acepto,

DAVID GOMEZ CARRILLO
C.C. No. 1.019.040.018 de Bogotá
T. P. No. 227.721 del C. S. de J.



RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
OFICINA DE APOYO PARA LOS JUZGADOS
ADMINISTRATIVOS DE BOGOTÁ
DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL

El documento fue presentado personalmente por
David Gomez Carrillo
Quien se identificó C. C. No. **1019040018**
T. P. No. **227721** Bogotá D.C. **10 AGO 2015**
Responsable Centro de Servicios **VHPP**