

Señores

**HONORABLES MAGISTRADOS DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE VALLEDUPAR**

Dr. HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA.- M.P

E.S.D

ALEGATOS

Ref: Responsabilidad Civil Médica

Radicado: 20001 31 03 004 2018 00005 01

Demandante: Olmar Monsalvo Fuentes y otros

Demandado: Clínica del Cesar y otros

En mi condición de apoderada de la parte demandante dentro del asunto en referencia, respetuosamente me permito alegar de conclusión, así:

SUSTENTACIÓN:

Consideramos que, en la Sentencia de Segunda Instancia, proferida dentro del sub judge, hubo indebida valoración probatoria, que se configura, *“cuando el funcionario judicial al momento de valorar la prueba niega o valora la prueba de manera arbitraria, irracional y caprichosa u omite la valoración de pruebas determinantes para identificar la veracidad de los hechos analizados y sin razón valedera da por no probado el hecho o la circunstancia que de la misma emerge clara y objetivamente. Esta dimensión comprende las omisiones en la valoración de pruebas determinantes para identificar la veracidad de los hechos analizados por el juez”.* **(Sentencia T-117/13).**

Así mismo, desconoció abundante precedente judicial, que consagra las reglas de valoración probatoria, establecidas por la Corte Suprema de Justicia, para asuntos de responsabilidad médica.

A continuación, me permito transcribir tres precedentes judiciales, que establecen, el tratamiento y la solución dada por la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia, a asuntos, como el sub judge, en que, a pacientes reconsultantes (el que consulta nuevamente en menos de 72 horas), se les negó el diagnóstico, a pesar de la persistencia de los síntomas, de consultar repetidamente por la misma patología y de contar con la infraestructura para ello, (en este caso, la prueba diagnóstica, era el tacto rectal).

En los siguientes precedentes judiciales, que nos permitimos transcribir, los pacientes eran dados de alta, sin analizar de manera integral (historia clínica anterior, el empeoramiento del cuadro clínico) los motivos de las múltiples consultas. Tampoco se les ofreció oportunamente la remisión a un nivel superior de atención en salud, como en nuestro caso¹:

Primer precedente: M.P ARIEL SALAZAR RAMÍREZ, M. Ponente, SC13925-2016, Radicación N° 05001-31-03-003-2005-00174-01 (Aprobado en sesión de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis).

“La responsabilidad emanada de una atención deficiente a un usuario del sistema de seguridad social en salud generalmente no se estructura en un acto ejecutado por un agente aislado en un instante único, sino en una serie de acciones y omisiones que constituyen una unidad de proceso, y que han de valorarse como un todo relacionado con el resultado lesivo cuya indemnización se reclama. Ese cúmulo de actuaciones e inactividades selectivamente relevantes prefiguran el tema de la decisión sobre los hechos y delimitan tanto el tema como el objeto de la prueba.

Con relación a la prueba del daño, está demostrado que la señora Luz Deisy Román falleció el 23 de junio de 2002 debido a una sepsis con falla sistémica de origen abdominal con lesión pulmonar aguda y peritonitis, tal como consta en la respectiva epicrisis. [f.98, c.8]

Las fallas médicas y organizacionales que se consideran relevantes para el desencadenamiento de aquel resultado, tales como el error de diagnóstico, la tardanza en descubrir la patología que sufría la paciente, los tratamientos y procedimientos que se le brindaron, así como las rupturas en los flujos de la comunicación, se enmarcan en una unidad de acción operativa a cargo de las instituciones demandadas, es decir que fueron obra suya en virtud del deber de prestadoras del servicio de salud de calidad que les asignó el artículo 185 de la Ley 100 de 1993. De ahí que esté suficientemente demostrado el factor de atribución del hecho desencadenante del daño.

IV. CONSIDERACIONES

A partir del análisis de la sustentación de los cargos se observa que todos ellos están dirigidos a atacar el mismo punto de la sentencia: la errónea valoración del acervo probatorio por parte del Tribunal, para lo cual el casacionista optó por explicar en cargos separados los equívocos frente a cada medio de prueba en particular, aunque funcionalmente forman parte de la misma causal de casación. De ahí que la Corte deba resolver tales acusaciones conjuntamente.

Se advierte prima facie el error en que incurrió el Tribunal por absoluta ausencia de valoración

¹ **M.P ARIEL SALAZAR RAMÍREZ, M. Ponente, SC13925-2016**

Radicación n° 05001-31-03-003-2005-00174-01 (Aprobado en sesión de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis).

probatoria, pues los hechos y omisiones que dieron origen a la responsabilidad que se demanda ocurrieron en un segmento temporal que comenzó el 29 de mayo de 2002, cuando la paciente acudió a las Clínica Las Vegas por primera vez, y finalizó el 23 de junio del mismo año, cuando la usuaria falleció en las instalaciones del mencionado centro hospitalario.

El Tribunal circunscribió su atención al diagnóstico elaborado el 1 de junio de 2002 por el médico Juan Felipe Martínez González, es decir que centró su análisis probatorio en una minúscula fracción del proceso organizacional en el que tuvo lugar la muerte de la paciente, sin que mencionara ninguna razón para justificar la omisión en la valoración de las evidencias que dan cuenta de los hechos acaecidos en el lapso antes mencionado.

En consecuencia, la absoluta falta de apreciación de las pruebas que obran en el proceso y que demuestran las circunstancias en que sucedieron los hechos anteriores y posteriores al 1 de junio de 2002, se erige en una razón suficiente para concluir que el Tribunal dictó una sentencia sin sustento fáctico.

En todo caso, al examinar la labor probatoria del juzgador ad quem sobre los hechos ocurridos el 1 de junio de 2002, salta a la vista que incurrió en graves y ostensibles errores, tal como se demuestra a continuación.

El Tribunal no tuvo en cuenta que en la historia clínica aparece consignado que la paciente presentaba signos y síntomas que describían un proceso avanzado de apendicitis, tales como el dolor abdominal hipogástrico de varios días de evolución; tipo cólico intenso con deposiciones diarreicas; asociación a náuseas y vómito; se prescribieron antiinflamatorios sin mejoría; dolor a la palpación en meso e hipogastrio; se indicó que no había signos de irritación peritoneal. También se encontró flujo vaginal verdoso no fétido; planificación con DIU; distensión abdominal leve no masas; no megalias; tacto vaginal vagina hipertérmica cuello posterior cerrado; se palpa hilo DIU; resto de examen físico normal sin síntomas urinarios. [f. 401, c. 8]²

Tampoco valoró que en la historia clínica aparece que el mismo día (1 de junio), a las 17:20, el médico Juan Felipe Martínez anotó que recibió el resultado de los exámenes de laboratorio que prescribió la doctora Piedad Nicolasa Montoya, los cuales no le merecieron ninguna consideración, a pesar de que indicaban una grave patología que ameritaba, por lo menos, la hospitalización de la paciente para mantenerla bajo rigurosa observación.

No examinó el documento visible a folio 76 del cuaderno 8, en el que aparece el hemograma completo, que indica, entre otros análisis, leucocitos 14.2; neutrófilos 93.7%; velocidad de sedimentación 110; proteína C reactiva 505.

El Tribunal no apreció el dictamen pericial, según cual el resultado de esos exámenes ameritaba una mayor observación y un diagnóstico claro, contrario a lo cual el médico dio de alta a la paciente con el diagnóstico equivocado de enfermedad pélvica aguda. [Folio 32, cuaderno 9]

El juzgador ad quem no valoró la declaración de la doctora Piedad Nicolasa Montoya, quien atendió a la paciente el día anterior, y refirió que después de la atención que brindó a la señora Luz Deisy, le preguntó al doctor Juan Felipe Martínez por el resultado de los exámenes y la evolución de la paciente y éste le contestó: «le suspendí la ecografía que le ordenaste y la envié para la casa con el tratamiento médico». [Folio 434, cuaderno 8]

² El coloreado es nuestro.

En su declaración, la mencionada galena afirmó que «el hemoleucograma, cuando hay una apendicitis específicamente, presenta alteraciones en los leucocitos y los neutrófilos, cuando éstos están elevados indican un proceso infeccioso, que el más común es la apendicitis, sin descartar que otras patologías también pueden dar estas alteraciones y la PCR es una reactante de infección, se aumenta cuando hay un cuadro infeccioso y nos puede acercar más a un diagnóstico.» [Folio 25 reverso, cuaderno 7]

Tampoco observó que la citada médica refirió que frente a tales exámenes, debía dejarse a la paciente en observación «y con base en los resultados se define el manejo, si se da de alta con manejo ambulatorio o se hace evaluar por cirugía siempre, teniendo en cuenta la parte clínica del paciente, es decir cómo se encuentra el paciente». [Folio 25 reverso, cuaderno 7]

El juez de segunda instancia dejó de valorar la declaración que la doctora Piedad Nicolasa Montoya rindió ante la Fiscalía General de la Nación, en la que afirmó que según los análisis de laboratorio, no debió darse de alta a la paciente: «Con estos resultados yo, como médica, tiene un cuadro infeccioso agudo, yo no hubiera [suspendido] la otra ecografía, o sea la ecografía que ordené, pues su efecto en ese momento, con esos resultados, habría solicitado una evaluación por cirugía». [Folio 434, cuaderno 8]

De igual modo omitió apreciar el testimonio del doctor Carlos Enrique Ramírez Suárez, quien señaló que esos «exámenes de laboratorio eran compatibles con una infección intraabdominal, en este caso todo indicaba ser una apendicitis complicada» [Fl. 415, c. 8].

De la misma forma pasó por alto la conclusión a la que llegó la doctora Luz Helena Calderón, quien frente a los mencionados resultados de laboratorio afirmó que «se debe pensar en procesos infecciosos» [f.36, c.7]. Estos exámenes, valorados en conjunto con los signos y síntomas que presentaba la paciente desde hacía 4 días, «son manifestaciones de un abdomen agudo, puede haber compromiso intestinal o de una víscera. Requeriría exámenes tipo ecografía o tac para realizar un diagnóstico claramente. (...) Ese cuadro clínico es relativamente frecuente y pienso que un médico general puede hacer un diagnóstico adecuado, el apoyo del especialista por sus estudios y su experiencia es muy importante para definir conducta, los especialistas indicados serían el cirujano y el ginecólogo». [Fl. 36, c. 7]

El Tribunal dejó de apreciar el testimonio del médico Carlos Enrique Ramírez, quien frente al cuadro clínico que presentó la paciente el 29 de mayo y el 1 de junio, manifestó: «de los datos clínicos obtenidos por la historia clínica se deduce que al momento de esas consultas tenía una evolución incipiente respecto de su cuadro apendicular». [41, c. 7] En otra de sus declaraciones, el referido médico indicó: «vista la paciente y algunos exámenes iniciales concluí que se trataba de un abdomen agudo causado por una apendicitis». [15, c. 7]

En la sentencia de segunda instancia nada se dijo con relación a que el dictamen pericial señaló que el cuadro que presentaba la paciente el sábado 1 de junio de 2002, ameritaba el siguiente procedimiento: «Una vez la paciente reingresa por un cuadro ya de 3 días de evolución con taquicardia es necesario descartar un proceso infeccioso intraabdominal, iniciar líquidos endovenosos y realizar un examen físico minucioso que descarte signos de irritación peritoneal. Se deben realizar estudios paraclínicos básicos y de acuerdo a los hallazgos obtenidos (examen físico y paraclínicos) definir la necesidad de exámenes complementarios de imágenes diagnósticas. Es prudente iniciar manejo antibiótico de manera intrahospitalaria para observar la evolución, para determinar el alta se espera que haya mejoría manifiesta por ausencia de signos de respuesta inflamatoria, mejoría del dolor preferiblemente sin la necesidad de analgésicos, tolerancia a la vía oral». [Folio 24, cuaderno 9]

Tampoco analizó la conclusión a la que llegó el dictamen pericial en el sentido de que el médico no registró en la historia clínica el criterio para darle de alta a la paciente: «Según la historia clínica se considera que el cuadro es secundario a EPI y se formula tratamiento antibiótico ambulatorio. No se aclara en la nota si mejoró el dolor, paciente persiste taquicárdica». [Folio 33, cuaderno 9]

El Tribunal no tuvo en cuenta que el doctor Omar de Jesús Castaño Quintero, afirmó que: «Hacen falta el parcial de orina y falta el coprológico y las imágenes para aclarar el diagnóstico» [Fl. 22, c. 7]

Lo anterior se estima suficiente para concluir que el Tribunal no dio a las escasas pruebas que tuvo en cuenta, el valor que las mismas tienen respecto de los hechos en que se fundó la pretensión de declaración de responsabilidad de las entidades demandadas, lo que resulta suficiente para casar la sentencia impugnada.

(...)

La responsabilidad civil derivada de los daños sufridos por los usuarios del sistema de seguridad social en salud, en razón y con ocasión de la deficiente prestación del servicio –se reitera– se desvirtúa de la misma manera para las EPS, las IPS o cada uno de sus agentes, esto es mediante la demostración de una causa extraña como el caso fortuito, el hecho de un tercero que el demandado no tenía la obligación de evitar y la culpa exclusiva de la víctima; o la debida diligencia y cuidado de la organización o de sus elementos humanos al no infringir sus deberes objetivos de prudencia”.

2. PRECEDENTE JUDICIAL:

SENTENCIA SC292-2021 RADICACIÓN N.º 76001-31-03-013-2006-00294-0, M.P ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO. M.P ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO,

“En definitiva, en contra del argumento probatorio del Tribunal, las pruebas demostraban inequívocamente el incumplimiento del débito médico, porque ante la presencia de signos de riesgo biológico en el parto (meconio en el líquido amniótico), se estaba sobre aviso de una situación lejana a lo imprevisible o incontrolable, y que ameritaba el seguimiento estricto de los médicos generales (en urgencias y en la sala de maternas) de la Clínica, así como del especialista en ginecología y obstetricia, cuya acuciosa intervención bien hubiera podido cambiar el curso de los acontecimientos, como para ordenar la práctica de una ecografía que estableciera con certeza la posición del feto, determinar que el nacimiento del bebé se diera por cesárea, disponer a tiempo la remisión de la gestante a otro nivel hospitalario, o atender a tiempo un parto podálico, que dada la dificultad de su presentación, la intervención de un experto con mayor conocimiento y experticia que la del médico general, hubiera permitido, o por lo menos dado un chance u oportunidad, de un desarrollo diferente al de los hechos que finalmente resultaron.

7.4. El derecho a la salud ha sido reconocido, primero por la jurisprudencia y luego por la ley, como de estirpe fundamental; por ello, la ejecución o cumplimiento de los deberes médicos, está íntimamente relacionada no solo con las obligaciones que en manera tradicional se entiende adquiere el profesional con el paciente: “suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con lo que hoy en día ha dado en llamarse por la doctrina, “deber de humanismo médico”, que conlleva reconocer a quien asiste al centro hospitalario como ser humano y no meramente como usuario, y con base en ello procurarle un acompañamiento serio

y efectivo en lo físico y en lo psicológico, y lo más importante, adecuado a sus particulares circunstancias.

Es, en ese contexto, que se observa que la historia clínica de Yamileth Lenis Parrales, interpretada al compás de la declaración de uno de sus autores, la doctora Osiris Judith Marengo Guette, sí informa del abandono de la gestante en la etapa culminante o fase final del trabajo de parto, pues la relación médico-paciente, después de la valoración de las 5:40 p.m., según lo analizado atrás, solo vino a ser retomada por la médica general, cuando comenzó su turno de médico "cenizo", después de las 7:00 de la noche (ya se puso en detalle la inconsistencia de la anotación de las 6:46 pm.), encontrando a la paciente en "expulsivo" y produciéndose el nacimiento de Andrés Felipe Holguin Lenis, a las 7:10 p.m. Así las cosas, a pesar del que denominó el Tribunal como "pobre actuar probatorio de la parte adora", la sola historia clínica de la paciente y la declaración de la doctora Marengo Guette, que no apreció ese juzgador en detalle como para inferir en forma adecuada sus contradicciones y las verdaderas particularidades de la atención que realmente se brindó, dejan al descubierto, y ahí está el error de hecho, por no apreciarlo, el "abandono de la paciente" en su trabajo de parto, que solo vino a ser retomado, en el estadio final del "expulsivo", no obstante que en situaciones semejantes, la relación médico-paciente, no solo desde lo técnico-científico sino también de lo humano, debe ser estrecha y permanente. 8. Como conclusión de cuanto viene de analizarse, resulta evidente el error de hecho cometido por el Tribunal al apreciar las pruebas anteriormente mencionadas, comoquiera que para descartar la culpa galénica, se atuvo a la superficial observación de la historia clínica, sin cotejarla o contrastarla con todas las declaraciones de sus autores, de cuyo examen detallado surgía, indiscutido, el actuar negligente en la atención de parto de Yamileth Lenis Parrales, a partir de su segundo ingreso a la Clínica Nuestra Señora del Rosario, el 3 de abril de 2005. 9. El desatino detectado luce trascendente, toda vez que, al descartarse la responsabilidad civil de los demandados, ello provocó la revocatoria de la sentencia estimatoria dictada en primera instancia, y la consecuente desestimación de las súplicas de la demanda inicial. 10. El cargo, por consiguiente, prospera y, en tal virtud, habrá de casarse el proveído objeto de la censura. 11. Antes de proceder con la resolución sustitutiva, ubicada la Corte en sus funciones de juzgador de instancia y en ejercicio de sus competencias legales previstas en los artículos 179 y 180 del Código de Procedimiento Civil, dispondrá del decreto de las pruebas de oficio, que considera detalladas en la parte resolutive de esta providencia".

3er precedente: SC13925-2016

Radicación n° 05001-31-03-003-2005-00174-01

M.P ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

Magistrado Ponente

"Según la literatura descrita, cuando se duda del diagnóstico y el paciente no está muy grave, debe quedar en período de observación cuando padece dolor intenso, hipersensibilidad abdominal y signos peritoneales. En cambio, lo que refleja la historia clínica es que se le dio de alta sin tener ninguna claridad sobre la enfermedad que la aquejaba, pues simplemente se indicó que tenía "dolor pélvico" asociado a la menstruación, sin hacer nada por confirmar o refutar ese juicio diagnóstico.

La médica sospechó de una patología de origen ginecológico, pero no hizo nada por confirmar este diagnóstico. Según la profesional, el diagnóstico de dismenorrea que le hizo a la paciente «es una patología que ayudados en el examen clínico podía ser tratada de manera ambulatoria

para formular antibióticos y no requería de tratamiento hospitalario o de valoración por ginecólogo». [Fl. 33, c. 7]

Sin embargo, más adelante se contradijo cuando afirmó que «una valoración por ginecólogo hubiera confirmado aún más los diagnósticos que hicimos en esas atenciones». [Folio 33, cuaderno 7]

La inadecuada atención se deduce también de la declaración de la doctora Luz Helena Calderón Adrada, quien aseguró que «es mejor tener una cirugía en blanco, a que una apendicitis se complique». Esta testigo también indicó que la paciente requería exámenes tipo ecografía o TAC para realizar un diagnóstico claramente. [Folio 36, cuaderno 7]

Respecto de la dolencia específica que aquejaba a la paciente, la aludida profesional manifestó: «ese cuadro clínico es relativamente frecuente y pienso que un médico general puede hacer un diagnóstico adecuado, el apoyo de especialista por sus estudios y su experiencia es muy importante para definir la conducta. Los especialistas indicados serían el cirujano y el ginecólogo». [Fl. 36, c. 7]

Luego, los estándares de la medicina sirven de pauta para calificar la conducta de la médica como imperita y negligente, pues no es justificable que eludiera considerar un diagnóstico de apendicitis, al menos para descartar tal posibilidad, aún si los síntomas eran atípicos (aunque no lo fueron), contrario a lo que aconsejan los estándares científicos de esa época y de la actualidad; sobre todo cuando era la tercera vez que la señora Luz Daisy era hospitalizada con los mismos síntomas.

Tal error, se reitera, no fue de ninguna manera justificable y sí culposo, pues no hay ninguna explicación para que una paciente de 4 días de dolor abdominal intenso, con los síntomas descritos en la historia clínica, de quien la médica que la trató por segunda vez sospechó que padecía una enfermedad ginecológica, no fuera remitida al ginecólogo para confirmar o descartar tal sospecha; ni ante médico especialista alguno.

No existió continuidad ni integralidad en la atención, pues la médica no tuvo la menor preocupación por consultar la historia clínica de los días anteriores para examinar los diagnósticos y tratamientos realizados las dos veces previas en las que la usuaria había acudido a la Clínica Las Vegas con los mismos síntomas. Tanto es así que la doctora Piedad Nicolasa Montoya le recetó Buscapina compuesta, cuando en la historia clínica del 29 de mayo se registró que la paciente era intolerante a ese medicamento [Folio 400, cuaderno 8]

A la misma conclusión llegó el médico Juan Felipe Martínez González, quien en su declaración explicó la importancia de diagnosticar oportunamente la apendicitis para evitar la perforación intestinal, que es la complicación más grave.[F.30, c.7] “

En el mismo sentido, la doctora Luz Helena Calderón Adrada, enfatizó que «es muy importante un diagnóstico temprano para evitar complicaciones». [Folio 35 reverso, cuaderno 7]”

De esta manera se concluyen los alegatos, solicitándole al Despacho se Revoque la sentencia de primera instancia y se concedan las pretensiones de la demanda

Cordialmente,

LESLY NACARITH VENCE HERNÁNDEZ
C.C No 49692.887 de Agustín Codazzi
T.P No 100. 221 del C. S de la J