

Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá D.C.
Sala Civil
E. S. D.

Referencia: Apelación de sentencia.

Radicado: 11001 – 31 – 03 – 037 – 2021 – 00224 – 01

Demandante: CESAR ENRIQUE VERGARA TOVAR, GLORIA STELLA PACHÓN SANTANA, SINDY VANESA VERGARA PACHÓN.

Demandado: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, COMPENSAR EPS, HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL.

BERCELINO ESTEBAN LESMES VARGAS, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.157.813 expedida en Bogotá D.C. abogado en ejercicio portador de la tarjeta profesional número 283065 del Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado en Bogotá D.C., actuando como apoderado de la parte demandante (CESAR ENRIQUE VERGARA TOVAR, GLORIA STELLA PACHÓN SANTANA y SINDY VANESA VERGARA PACHÓN), me permito presentar recurso de apelación contra la sentencia del 11 de diciembre del 2023 y dentro del plazo de Ley, de la siguiente forma:

- I. CONSIDERACIONES.
- II. FUNDAMENTOS PARA EL PRESENTE RECURSO DE APELACIÓN.
- III. DEMOSTRACIÓN DE CALIDAD PROFESIONAL DE LAS PRUEBAS.
- IV. CONCLUSIÓN.

Respetuosamente, me permito desarrollar de una forma clara, precisa y concisa cada uno de los anteriores puntos, los cuales fueron sustentados oportunamente de la primera instancia, así:

I. CONSIDERACIONES

Esperando una sabia, sana y acertada decisión judicial es importante conocer que:

1. Para el desarrollo de los argumentos que dieron origen al fallo en mención, el honorable y respetado Juez confundió la razón de la demanda teniendo en cuenta que en un, aproximado del 90% del tiempo utilizado en la audiencia del fallo lo hizo para señalar subjetivamente el pasado y presente de la víctima, omitiendo la causa de la demanda como lo es la probable mala praxis y la probable falla en el proceso de atención médica.

Es decir, el pasado y presente del paciente no afectan en nada las fallas en el proceso de atención médica, como tampoco la justificación de una mala praxis. Podría ser cualquier paciente, con cualesquiera otros antecedentes.

2. El respetado y honorable Juez, posiblemente, desconoció y desvaloró las pruebas periciales de la parte demandante; lo anterior, aduciendo que carecían de validez las pruebas presentadas, lo que se desvirtuará en el punto III de la presente apelación.

Así mismo, me permito señalar que en forma ofensiva e irrespetuosa la contraparte hizo señalamientos irrespetuosos sobre el nivel profesional del perito de la parte demandante. Pudiendo ser para justificar los "errores profesionales" pronunciados por los peritos de la parte demandada

Por lo anterior, y a fin de corregir, en forma inmediata, futuros posibles errores del prestigioso nombre y profesión de peritaje, que pueden o podrían conllevar a una mala o equivocada toma de decisiones jurídicas, muy respetuosamente, me permito recomendar, que, si a bien se estima conveniente, se acuda al Tribunal de Ética Médica y se analicen, valoren y sancionen cada uno de los peritajes médicos presentados en el presente proceso para que sean revisados los procedimientos y pronunciaciones equivocados dentro del argot médico profesional.

3. Como fundamento para la decisión del fallo, el respetado y honorable Juez aduce que el paciente no estaba anticoagulado, pero, más adelante afirma que el paciente en su pasado ha sufrido coagulaciones y hematomas. Entonces, es una muestra y prueba que sí hubo una mala praxis y fallas en el servicio médico.
4. El respetado y honorable Juez aduce que el hematoma presentado fue "espontáneo" y no fue cerca del lugar de aplicación de la inyección; así mismo, el hematoma pudo no afectar el nervio ciático. Testimonio contrario a los términos y razones probatorias médicas como se efectuará en el punto III de la presente apelación.

II. FUNDAMENTOS PARA EL PRESENTE RECUROS DE APELACIÓN

1. El artículo 167 del Código General del Proceso reza:

“ARTÍCULO 167. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen.

No obstante, según las particularidades del caso, el juez podrá, de oficio o a petición de parte, distribuir, la carga al decretar las pruebas, durante su práctica o en cualquier momento del proceso antes de fallar, exigiendo probar determinado hecho a la parte que se encuentre en una situación más favorable para aportar las evidencias o esclarecer los hechos controvertidos. La parte se considerará en mejor posición para probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de prueba, por circunstancias técnicas especiales, por haber intervenido directamente en los hechos que dieron lugar al litigio, o por estado de indefensión o de incapacidad en la cual se encuentre la contraparte, entre otras circunstancias similares.

Cuando el juez adopte esta decisión, que será susceptible de recurso, otorgará a la parte correspondiente el término necesario para aportar o solicitar la respectiva prueba, la cual se someterá a las reglas de contradicción previstas en este código.

Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba”.

Frente a lo anterior el juez de primera instancia solo menciona la parte inicial de la norma como sustento a su posterior decisión, en este caso menciona cual es la regla general pero no menciona las excepciones de esa regla general que a continuación reza la norma, como lo son la carga dinámica de la prueba, el juez debe hacer una interpretación universal de las normas y en ese ejercicio está sometido al imperio de la ley.

Esto significa además que la nueva noción del Código General del Proceso el juez tiene la obligación de decretar pruebas de oficio y, en esa medida, además de que entre en algún tipo de contradicción de conceptos científicos, también dice la jurisprudencia “si tiene que fallar el asunto litigioso única y

exclusivamente con las pruebas que se aportaron, decretaron y practicaron, pero las partes no las aportaron por negligencia,

estrategia, ignorancia o cualquier otro factor, al juez le toca traerlas oficiosamente".

De esta manera, se otorgaron al juez nuevas atribuciones en su condición de director del proceso. Los artículos 2º, 4º y 37 de dicho estatuto son claras muestras de ese giro en la concepción del proceso, por ejemplo, el Código dispuso que los jueces deberían:

"hacer efectiva la igualdad de las partes en el proceso, usando los poderes que este código le otorga"; asimismo, los autorizó para decretar pruebas de oficio cuando las considerara "útiles para la verificación de los hechos relacionados con las alegaciones de las partes" (art. 179).

Así mismo la corte constitucional ha afirmado que.

"La teoría de la carga dinámica de la prueba halla su origen directo en la asimetría entre las partes y la necesidad de la intervención judicial para restablecer la igualdad en el proceso judicial. Quizá el caso más representativo –no el único–, que en buena medida dio origen a su desarrollo dogmático, jurisprudencial y legal, es el concerniente a la prueba de las malas prácticas médicas:

"Cierto es que la susodicha [doctrina de las cargas probatorias dinámicas] nació como un paliativo para aligerar la ímproba tarea de producir pruebas diabólicas que, en ciertos supuestos, se hacían caer sin miramientos, sobre las espaldas de algunas de las partes (actor o demandado) por mal entender las tradicionales y sacrosantas reglas apriorísticas de distribución de la carga de la prueba (...). Sin embargo, la fuerza de las cosas demostró, verbigracia, que imponerle al actor víctima de una lesión quirúrgica en el interior del quirófano, la prueba acabada de lo que había ocurrido y de cómo había ocurrido, resultaba equivalente a negarle toda chance de éxito".

La no valoración integral de las pruebas aportadas por cada una de las partes, como historias clínicas, testimonios técnicos y dictámenes periciales como el único aportado por la parte demandante afectaron la decisión del juez, quien no tuvo en

cuenta las particularidades del caso, las cuales se fueron creando de acuerdo a las pruebas decretadas inicialmente y la adición inclusive de más de un dictamen pericial para cada una de las

partes y su correspondiente controversia en la audiencia de instrucción y juzgamiento.¹

2. El artículo 227 del Código General del Proceso reza:

“La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.

Sobre un mismo hecho o materia cada sujeto procesal solo podrá presentar un dictamen pericial. Todo dictamen se rendirá por un perito.

No serán admisibles los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 177 y 179 para la prueba de la ley y de la costumbre extranjera. Sin embargo, las partes podrán asesorarse de abogados, cuyos conceptos serán tenidos en cuenta por el juez como alegaciones de ellas.

El perito deberá manifestar bajo juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que su opinión es independiente y corresponde a su real convicción profesional. El dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito.

Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones”.

¹ Sentencia C-086/16 - CODIGO GENERAL DEL PROCESO-Facultad del juez para distribuir la carga de la prueba - TUTELA JUDICIAL EFECTIVA-Diseño de procesos judiciales por el Legislador - ACCESO A LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA-Derecho a la tutela judicial efectiva - DERECHO DE ACCESO A LA ADMINISTRACION DE JUSTICIA-Necesidad inherente a la condición humana.

La prueba pericial se solicitó con el debido tiempo, se aportó en los términos ordenados y frente a las controversias de las partes se aportaron las debidas aclaraciones sin modificar el contenido del dictamen. Así mismo se sanearon los vicios que aludían las partes dentro de la etapa inicial del proceso, cabe aclarar que el dictamen pericial aportado por la parte demandante y su aclaratorio fueron aportados dentro del término anunciado por el juez, antes de la audiencia de instrucción y juzgamiento, inclusive antes de que las partes demandadas aportaran sus dictámenes periciales autorizados después de informados los términos mediante auto y algunos allegados en la misma audiencia del artículo 373 del Código General del Proceso.

3. Jurisprudencialmente hablando existe un precedente judicial importante que no se tuvo en cuenta, en los considerandos del juez, por ejemplo, lo por la Honorable Corte Suprema de Justicia en su sentencia SC3604-2021, donde se señaló la teoría de los dos pasos en asuntos de responsabilidad médica.

En la referida sentencia la sala civil se pronuncia frente a la infracción de la Lex Artis Ad Hoc. Allí se establece que la existencia y extensión de los daños corporales de un paciente no suele ser una tarea excesivamente compleja o dispendiosa y que en cuanto al daño es la parte menos compleja de probar en el paciente. Precisamente en este aspecto el juez no valoró ni la Historia Clínica ni los dictámenes en conjunto, donde se evidencio que el daño al nervio ciático se produjo posterior al ingreso de urgencias del señor Cesar Vergara, estando en la Clínica Hospital Universitario San Rafael y justo antes de que se le diera salida, sin determinarse otro factor causante del daño diferente a un sangrado por la inyección intramuscular aplicada el primer día en la sala de urgencias. Frente a lo anterior finalmente el juez le dio crédito a la hipótesis sin sustento de un hematoma que llego de la nada y se generó espontáneamente.

En la misma sentencia se dispone que dentro de un proceso de responsabilidad medica la prioridad debe centrarse en demostrar de los otros el actuar culposo del galeno demandado -entendido como la inobservancia de la Lex Artis Ad Hoc y su vínculo de causalidad con el menoscabo o daño que se mencionó anteriormente.

La culpa no solo se demuestra frente a la simple obtención de un resultado indeseado, agravamiento o la falta de curación del

paciente sino de la comprobación de que tal contingencia vino precedida causalmente de un actuar contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud.

Seguidamente dentro de la sentencia se anota que para analizar el estándar de conducta exigible al profesional medio del sector, que actúa de acuerdo con el estado de los conocimientos científicos y técnicos existentes en el ámbito médico y dentro del sector de especialidad al que pertenece hay que construir una comparación de su proceder con el que habría desplegado un colega de su especialidad, con un nivel promedio de diligencia, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., en caso de haberse enfrentado (hipotéticamente) al cuadro clínico del paciente afectado. Esto explica la referencia a una Lex Artis Ad Hoc, que no es otra cosa que evaluar la adecuación de las actividades del personal de salud de cara a la problemática específica de cada persona sometida a tratamiento, observando variables como su edad, comorbilidades, diagnóstico, entre otras que puedan identificarse para cada evento concreto.

Esta situación ajustada al caso del demandante, el señor Cesar Vergara, indica que efectivamente no se aplicaron por ejemplo las normas de la política institucional de seguridad del paciente recomendadas por el Ministerio de Salud² las cuales se mantienen a través del tiempo y solo son susceptibles de mejora del principio de precaución y de mitigación del riesgo.

Al respecto dichas medidas de seguridad se establecían, así:

“Por ser la seguridad un atributo de la calidad, la institución debe adoptar a su interior una Política de seguridad inmersa en su Política de calidad. Dicha política debe estar basada en los siguientes lineamientos que sustentan su aparición:

- 1. En el entorno de la atención en salud, las condiciones de trabajo, los riesgos y los pacientes cambian constantemente, lo cual favorece la aparición de eventos adversos:*
- 2. Los eventos adversos no son usualmente culpa de las personas. Las instituciones deben considerar la posibilidad de error humano y de fallas en los procesos, cuando los mismos son diseñados.*

² [guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)

3. *Evitar los daños por error es responsabilidad de cada uno en su puesto de trabajo.*
4. *Es mucho más fácil cambiar el diseño de los sistemas que el comportamiento rutinario de las personas.*
5. *Aunque los daños involuntarios a los pacientes no son inevitables, en su mayoría sí se pueden prevenir.*
6. *La seguridad del paciente NO SE LOGRA creando un nuevo set de normas, ni diciéndoles a las personas que, por favor, sean más cuidadosos”.*
7. *La política de seguridad debe buscar que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro deseado. Este se caracteriza por:*
 - *Permitir que sea el experto quien haga las cosas.*
 - *Confiar cada vez menos en la memoria.*
 - *Gestionar el riesgo de cada actividad.*
 - *Alertar sin miedo sobre el error.*
 - *Compartir el aprendizaje.*
 - *Ante la duda, pedir ayuda o Adhesión a las guías de práctica clínica.*
 - *Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería.*
 - *Adhesión a las listas de chequeo que verifican la adherencia a las prácticas seguras”.*

Es de aclarar dentro de esta fundamentación que esta jurisprudencia al ser una sentencia de unificación toma los precedentes que anteriormente regularon jurisprudencialmente el tema de responsabilidad médica.

DEMOSTRACIÓN DE CALIDAD PROFESIONAL DE LAS PRUEBAS

Manifiesta el Aquo:

“El paciente estaba bajo efecto de bebidas alcohólicas el día de la urgencia, lo que según él hacía complejo, dificultaba la interacción y establecer cuál sería el mejor tratamiento”

Esta aseveración que presenta el Aquo, indefectiblemente deviene de una interpretación incorrecta de los contenidos de la Historia Clínica del día en que ocurrió la atención primera y por el servicio de urgencias en el Hospital Universitario Clínica San Rafael (HUCSR) y del decir de los peritos y testigos técnicos, como quiera que en ningún momento se presentó “duda” o “dificultad” con la elección

terapéutica por razón de la condición de “alcoramiento” del Sr Vergara dicho día, como equivocadamente lo plantea el señor Juez.

Veamos,

 **Clínica San Rafael**
En alianza con

Inicio Atención: 2018/03/02 16:47:00 **Fin Atención:** 2018/03/02 17:18:00

IPS Atención: Hospital Universitario Clínica San Rafael **Ciudad:** Bogotá D.C.
Paciente: CESAR ENRIQUE VERGARA TOVAR **Identificación:** CC 79356784 **Estado Civil:** UNION LIBRE
Sexo: MASCULINO **Edad:** 52 Años 7 Meses 16 Días **Fecha Nac:** 1965/07/15 **Grupo Atención:** Otros
IPS Primaria: **Regional:**
Fecha Ingreso: 2018/03/02 **Hora Ingreso:** 16:15:29 **Nro Cuenta:** 4451900 **Ocupación:** Operadores de Maquinas Fijas

REVISION POR SISTEMAS

Sistema	Variable	Observaciones
Sistema Gastrointestinal		
Sistema Cardiovascular		
Sistema Respiratorio		
Órganos de los sentidos		
Piel y Faneras		

EXAMEN FISICO

Parte del Cuerpo	Variable	Observaciones
Cabeza y Cráneo	Normal	

GLASGOW

Apertura Ocular	Respuesta Motora	Respuesta Verbal	Estado Conciencia	Resultado:
ESPONTANEAMENTE	OBEDECE/LACT:MOVIMIENTOS NORMALES	ORIENT Y CONVER/LACT:BALBUSEA	Alerta	15

DIAGNOSTICOS

Nombre	Tipo	CIE10	Tipo Dx	Observaciones
Flebitis y tromboflebitis de otros sitios	DIAGNOSTICO SECUNDARIO	I808	CONFIRMADO NUEVO	
Dolor en el pecho, no especificado	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	R074	IMPRESION DIAGNOSTICO	

El estado de conciencia del Sr Vergara al cual se refirió el Señor Juez y que siempre lo denominó como “alterado” resulta que fue calificado por la Dra.como de “Alerta” y en la Escala de Glasgow calificado su estado de conciencia como de 15/15, es decir sin alteración del estado de conciencia, esto para su ingreso al HUCSR por el servicio de urgencias.

De otra parte y en el análisis de caso, el galeno expresa...

RECOMENDACIONES: CUADRO DE 8 HORAS DE EVOLUCION DOLOR EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO ASOCIADO A CEFALEA EN REGION OCCIPITAL, NIEGA SINCOPE, ASOCIADO A PRESENCIA DE DOLOR PRECORDIAL TIPO ICADA QUE APARECIO DESPUES DE INGESTION DE ELICOR, REFIERE SER USUARIO CARDIODEFIBRILADOR PACIENTE EN ESTADO DE ALICORAMIENTO ACTUALMENTE SE TOMA EKG QUE MUESTRA RITMO SINUSUAL INVERSION DE ONDA T EN V2 V3 V4 SD WOLFF PAROKISOSN WHITE, CON FORMACION DE EQUIMOSIS EN EXTREMIDADES INFERIORES POSIBLE SOBRENATIVOGALCION POR WARFARINA SE ORDENA TOMA DE TAC CEREBRAL SIMPLE TROPONINA, RX DE TORAX PARA DECARATAR SOBRENATIVOGALCION POR WARFARINA VS SD CORNARIO AGUDO

PLAN TERAPEUTICO:


Dra. Yina Maritza Pacheco Correa
C.C. 52913899
Medico General
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL

Profesional: Yina Maritza Pacheco Correa
Identificación: 52913899

Especialidad: URGENCIAS GENERALES
Registro Profesional: 52913899

Que el paciente posiblemente está sobre- anticoagulado. No se expresa aquí lo dicho por el Aquo en el sentido de la presunta afectación del estado de conciencia del Sr Vergara, premisa "falsa" a partir de la cual y más adelante en su fallo el Sr Juez propone que ...por esa razón "no se le podía administrar medicamentos analgésicos por vía oral ni por vía intravenosa", veamos:

Manifestó el Aquo y más adelante en su fallo y refiriéndose a la inyección intramuscular aplicada a nuestro mandante que ...de acuerdo con médicos peritos y médicos tratantes, la inyección no suponía riesgo porque el INR estaba en **0,9 y que no representaba ningún peligro para el paciente, además que el paciente estaba en condición de alicoramiento, y que esa condición era de riesgo para su vida en caso que se administrara su medicamento vía oral, que podía tornarse agresivo, perdía control absoluto de su reacción y de su conciencia.**

Como se observa hasta aquí Sres. Magistrados, la valoración que, de la prueba técnica y pericial, y del documento de Historia Clínica, hace el Aquo es equívoca e incluso manifiesta en su proveído sus propias apreciaciones respecto del "riesgo que corría el Sr Vergara por su condición de alicoramiento, de recibir un medicamento por vía oral o endovenosa" como si hubiesen sido las formuladas por los testigos técnicos y peritos, cuando no ocurrió tal.

Ahora bien, siguiendo con la exposición de nuestras razones para proponer que el Aquo valoró de forma equívoca la prueba documental (HC) y la prueba técnica y pericial vertida al proceso, me permito citar paso seguido, lo dicho por el Sr Juez, en seguida de sus apreciaciones equívocas ya citadas:

"Se indicó en la historia clínica que el Sr Vergara había dejado de consumir el medicamento anticoagulante, dice que no hay prueba que los haya consumido, que en la bitácora de medicamentos de Compensar el Sr Vergara no los reclamó"

La anterior aseveración así formulada, respecto que no obró prueba en el proceso de que el Sr Vergara hubiera consumido el medicamento Warfarina antes de la consulta por urgencias que es

hoy objeto de análisis, parte de un presupuesto parcializado y útil para la Defensa de la EPS Compensar, al que el Aquo resta importancia y es que siendo la EPS Compensar quien tenía de suyo y por mandato legal el aportar al proceso la Historia Clínica de nuestro mandante, completa

y junto con sus anexos, NO lo hizo, de allí que no se disponga de tal prueba, la cual no estaba en cabeza de mi mandante.

Así las cosas, la EPS Compensar NO aportó la HC de los años 2017, 2016 y anteriores, de los controles médicos que por el servicio especializado de cardiología él tuvo y que, sin duda alguna hubieran dado cuenta de un lado, de la adherencia o no al tratamiento y de otro lado, del valor de INR en el tiempo.

Sabemos tan solo y por la Defensa de Compensar que por información aportada en su documento de "contestación a la demanda" que el INR del Sr. Cesar para el mes de noviembre de 2017 estaba en 1.2, es decir que, siendo mayor de 1, el paciente para ese momento si estaba anticoagulado, pero no en metas para la patología que tenía e indicaba su anticoagulación, veamos:

Así, si nos remitimos a la historia clínica de 16 de noviembre de 2017 de Compensar E.P.S el INR era de 1.2, así como el reportado en la historia clínica de la Clínica San Rafael con fecha 02 de marzo de 2018 fue de 0.95, por lo que en atención al INR no se encontraba contraindicada la aplicación del medicamento vía intramuscular ese día.

c) Para la fecha de la aplicación del tramadol via intramuscular, esto es, para el 02 de marzo de 2018, el paciente no se encontraba anticoagulado, pues:

- En consulta del 16 de noviembre de 2017 se habían suspendido los medicamentos:

Análisis y Plan

PACIENTE CON CARDIOMIOPATIA DILATADA EN ANTICOAGULACIÓN CON WARFARINA EN EL MOMENTO CON INR 1.2 BAJO AL PARECERE EN RELACION CON USO DE ANTIGRIPIALES. SE SUSPENDEN MEDICAMENTOS Y SE ICT A CONTROL EN 8 DÍAS. POR LO CUAL CONTINUAR IGUAL MANEJO DEJO.

- De la revisión del kardex de uso, se desprende que el señor Cesar Vergara únicamente reclamó su medicamento en enero, marzo, abril, junio, agosto, septiembre, noviembre de 2017 y luego hasta diciembre de 2018.

NO AUTORIZACIÓN	FECHA AUTORIZACIÓN	FECHA ENTREGA			
170036178489642	20170103	20170103	MM063340	WARFARINA SODICA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
170886235625446	20170329	20170329	MM063340	WARFARINA SODICA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
171186057702299	20170428	20170428	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
171596178346166	20170608	20170608	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
172206212439068	20170808	20170808	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
172516196648858	20170908	20170908	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
173246185296144	20171120	20171120	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA
183356173422498	20181201	20181201	MM061824	WARFARINA 5MG TABLETA	AUDIFARMA

Sabemos también que el paciente asistió a controles médicos al centro de salud que le correspondía y por la consulta externa no menos de ocho (8) veces en este periodo (se implica de la bitácora presentada por la Defensa de Compensar), pero debido a que Compensar EPS y

su abogado Defensor tan solo aportaron al proceso y de manera acomodada la bitácora de medicamentos – que le era útil a su propuesta de defensa jurídica- y no la HC como tenía la obligación y mandato legal de hacerlo, no sabemos qué pasó con su adherencia o no al tratamiento de warfarina y de manera especial, a la evolución de su condición de anticoagulación. Como se observa Sres. Magistrados, aquí el Aquo observa parcialidad en su presentación y equívoco en su decir, nuevamente.

Continuó el Aquo en su exposición manifestando que **...” había que demostrar que la causa necesaria y eficiente de la afectación del nervio ciático y de su extremidad inferior derecha fue la ampolleta de tramadol por vía intramuscular y, que encontró el juzgado que no hay claridad para ello”**

En este sentido Sres. Magistrados he de precisar que, contrario al decir del Sr. Juez de primera instancia, sí se vertió en el proceso prueba y suficiente que acredita esta relación causa- efecto, así:

Pregunta el Aquo al Dr. Rafael califa: (min. 45:45)

“En el concepto pericial que usted llama o lo que se realizó del caso concreto. Evidencio usted incongruencias o alguna situación que le llamara la atención y explíquenos porque”

A lo que respondió el Dr. Califa: "...Manifestó ser usuario de anticoagulantes, le ordenaron analgesia, le aplican tramadol a las 18:28h y es diagnosticado con " sobreanticoagulación" ..sic... (min.49:13) ...de hecho se le causo una lesión muy probablemente por lo que se ve de la historia de la enfermedad, que tuvo un sangrado muy lento que se manifestó más tarde... (sic)... son sangrados lentos pero continuos y eso hace...(sic)... es decir yo no me imagino que pueda haber ...(sic)...una hematoma en el glúteo a no ser que se tenga un trauma cosa que tampoco se presentó, lo único que tiene relación con una lesión de un vaso sanguíneo en el paciente es una inyección”

Fuente: Ver primera audiencia – Perito 1”

Así mismo y en la Historia Clínica, expresó el Dr. Supelano, médico internista respecto de la relación entre la aplicación de la “inyección por vía intramuscular glútea” y la aparición del hematoma en el sitio de aplicación, lo siguiente:

EVOLUCION

En alianza con

Evolución : 2018-03-28 13:31:00.0000

Análisis : A/ Se trata de un paciente masculino en la sexta década de vida, cursando con AIT, estratificación cardiocerebrovascular con evidencia de severo trastorno de la contractilidad, aquinesia en septum interventricular, indicación de anticoagulación indefinida por el alto riesgo de formación de microtrombos, presenta complicación posterior a aplicación de medicación IM hematoma en MID requiriendo soporte transfusional, en el momento con evolución clínica estable, sin descenso de hemoglobina, se realiza control ecográfico el día de hoy con presencia de hematomas organizados en MID por lo que fue drenado por parte de radiología intervencionista el día de ayer, hoy con adecuada evolución, dolor modulado, constantes vitales dentro de límites de normalidad, ya cuenta con heparina de bajo peso molecular para continuar con anticoagulación, por lo que se considera dar egreso con recomendaciones generales, signos de alarma y control ambulatorio por medicina interna. Se explica condición clínica al paciente y esposa quienes entienden y aceptan.

Aplicar heparina de bajo peso molecular 60 mg subcutánea por los siguientes 7 días cada 24 horas, luego continuar cada 12 horas hasta control con medicina interna.

Mario Supelano Médico Internista
Dra. Luisa Torres R1 Medicina interna.

Cerrar

Fuente: Historia Clínica HUCSR- Evolución Clínica

Es claro aquí lo expresado por el Dr. Supelano, médico especialista en medicina internista que atendió el paciente en varias oportunidades, quien vio la lesión por el hematoma y lo ubicó anatómicamente, en el sentido que lo acaecido en mi mandante – el hematoma en el glúteo derecho - fue una complicación directa de la inyección allí aplicada.

Así Señores Magistrados y sin presentar mayor evidencia, se aprecia que el Aquo interpretó la prueba pericial y la técnica – de testigo técnico- **de forma equívoca y que a partir de esos “equívocos”** – múltiples por demás - edificó su decisión judicial, cual ruego a Ud. (s) sea modificada y en derecho, a nuestro favor.

Así mismo, en múltiples oportunidades se manifestó por los peritos médicos, que la compresión del nervio ciático por el hematoma neoformado en el glúteo, de más de 200 centímetros cúbicos pudo ser el mecanismo por el cual se lesionó el nervio, veamos:

El Dr. Páramo, perito de parte de la EPS Compensar, respondió a la pregunta que le formulamos, al tiempo 2: 50: 20 en la primera audiencia de pruebas, pregunta: ...Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos posibles para que se lesione el nervio ciático?

A lo que respondió, entre otras y muy a pesar que todo el tiempo y a ultranza, sustentó su pericial aún con recursos que como darán cuenta sus pares académicos en su momento, no son los propios de la Literatura Médica aplicada para el caso en particular, que...

2:52:00 ...(sic)....para que se produzca una lesión del nervio ciático ..(sic)...es por ejemplo la producción de una colección que comprometa el ciático con el paso de los días..."

Así mismo el Dr. Rafael Califa en su exposición manifestó, a minuto 55:50 que:

.." de una colección de más o menos 250 centímetros...(sic)....ese resto de sangre que estaba ahí determina una ocupación de espacio, cuando se ocupa espacio lo que se ejerce es presión sobre las estructuras y esta mostrado que el nervio ciático que transcurre por el centro del glúteo es sometido a presión y al ser sometido a presión, le falta en ese momento riego sanguíneo lo que le produce lesiones como en el caso de este paciente".

De otra parte, el Dr. Rafael Rachid, último de los peritos escuchados y que obró como tal gracias a irregularidades a favor dadas por el Sr Juez de primera instancia, manifestó en ese sentido que:

Min 33:25..." Básicamente Su Señoría...(sic)..de la médula espinal salen todas las neuronas...(sic)..el nervio periférico está cubierto por unas vainas de mielina...(sic)...**la compresión** en las vainas de mielina genera síntomas...(sic) ...dolor, parestesias, ..(sic), para este caso era un hematoma....

Es decir que efectivamente el mecanismo más probable de lesión del nervio ciático fue la compresión.

Por lo que precede Honorables Magistrados, se evidenció que el hematoma tuvo relación causal con la inyección aplicada, fue su resultado, su complicación, y dicho hematoma por el mecanismo de compresión, lesionó el nervio ciático. Por lo que precede, la inyección sí tuvo relación con la lesión del nervio ciático, contrario al decir del Aquo, quien itero, interpretó equivocadamente la prueba técnica y pericial médica, así como los contenidos de la Historia Clínica (HC).

Ahora bien, Sres Magistrados, con mi acostumbrado respeto he de manifestar a Ud(s) y previo a continuar con mi discurso de apelación que el Aquo proveyó a nuestro perito de un trato indigno y peyorativo,

para lo cual cito por ejemplo el cómo inició su interrogatorio, con la siguiente pregunta....

"En el concepto pericial que usted llama o lo que se realizó del caso concreto. Evidencio usted incongruencias o alguna situación que le llamara la atención y explíquenos porque"

Pregunta presentada de tal manera que, sin hesitación alguna, devela desprecio por su hacer pericial, cual muy probablemente motivó en su condición de médico general con experticia manejo de pacientes por el servicio de urgencias y no de médico supraespecializado como era la condición de los demás peritos, cuando la discusión y análisis de caso partió de una actuación con yerro en la categoría terapéutica por un médico de urgencias que debió ser evitada y así, de forma consecuente, el asunto a develar no era la fisiopatología del coágulo o el tipo de coágulo que se formó (para lo cual hubiésemos solicitado un pericial por un médico hematólogo), ni el tipo de lesión que acaeció en el nervio, para lo cual hubiéremos aportado un pericial por un neurólogo clínico de seguro.

No obstante lo anterior Sres. Magistrados, es preciso el manifestar a Ud.(s) que nuestro perito fue el único perito "PAR Académico" del galeno que prescribió la medicación analgésica por vía intramuscular a un paciente con antecedente de formulación de medicamento con fines de anticoagulación (warfarina) y sospecha de "sobreaticoagulación" y que por ello incurrió en grosero yerro terapéutico, y por la anterior razón, era el único perito que podía ilustrar y con suficiencia cuál era la conducta que un médico de competencias similares a la Dra. Yinna Pacheco y bajo las condiciones de espacio y persona que acaecieron en el caso de nuestro mandante, asunto nuclear en el análisis de responsabilidad legal profesional, lo cual fue desestimado abiertamente por el Aquo; lo cual no es de buen recaudo por ésta parte actora y esperamos que por Ud(s) Sres Magistrados, tampoco, pues devela de un lado, falta de experticia del Aquo en el análisis de la prueba pericial médica en procesos de responsabilidad profesional e institucional de salud, y de otro lado, pre-juicio con la prueba aportada por nosotros, cuando es la única prueba que da cuenta de cuál sería la conducta de un médico prudente y conocedor de la norma técnica de atención frente a una situación médica similar a la resuelta con error por la Dra. Yinna Pacheco en el servicio de urgencias en el HUCSR.

Manifestó de nuestro perito que no tenía experiencia, cuando su hoja de vida estuvo siempre a la vista y cuando lo nuclear de nuestra

propuesta de responsabilidad era precisamente la actividad de un médico de similares condiciones a la Dra. Yinna Pacheco, médico de urgencias que cometió el yerro terapéutico a partir del cual sobrevinieron situaciones que llevaron al daño incoado para mi mandante.

Manifestó además que no citó los casos en que ha participado, cuando fueron aportados en escrito previo a la audiencia y, manifestó de él –además- que se contradecía porque manifestó que el paciente con un INR menor de 1 no estaba anticoagulado, cuando lo nuclear de su decir, en ese momento, era que la Dra. Yinna Pacheco no debió siquiera considerar la vía de aplicación IM para un medicamento no vital, que podía ser administrado por otra vía de administración.

En sus manifestaciones contra el pericial aportado por el Dr. Rafael Califa manifestó también que ...” **no se aclaró sobre el efecto del alcohol y que el perito no aclaró lo del sangrado de vasos pequeños y que, según el Aquo, se dijo que al paciente se le pinchó o se le pudo haber tocado el nervio y que la región donde se aplica la inyección no es cercana a alguna región o vertiente del nervio que se ha mencionado “**

Respecto del decir del Aquo, Sres. Magistrados me permito manifestar respetosamente que:

- a) Durante toda la audiencia y en el decir de todos los peritos y sin ser la expresión el Dr. Rafael Califa, se manifestó al Despacho que el efecto del alcohol etílico sobre la warfarina era de “potenciar su efecto medicamentoso” y con ello, de poner en mayor riesgo de sangrado al paciente, lo cual y al parecer, el Sr Juez de primera instancia no escuchó o si lo escuchó, lo desestimó en su análisis y ahora, tal omisión que en sede de principio es de él, la utiliza para desestimar el pericial aportado por nosotros.
- b) Nunca se dijo y por ninguno de los asistentes a la audiencia, peritos médicos, testigos técnicos e incluso abogados, que al paciente se le pinchó o se le pudo haber tocado el nervio, mucho menos por nuestro perito el Dr. Rafael Califa. **Ese decir del Aquo, considero, tiene orfandad de verdad (absoluta)** y con cada que hallamos en él error, nuestra preocupación sobre el fallo y sus motivaciones internas, nos genera mayor preocupación.
- c) Del decir del Aquo que anatómicamente el sitio de punción, que técnicamente está definido para hacer tal, en el cuadrante superior externo del muslo y hacía el centro de dicho cuadrante, no es cercano al trayecto por el cual discurre el nervio, es también

falso. Es cerca, a pocos centímetros, pero es el sitio de aplicación más seguro, que es diferente en su concepto y no fue manifestado así por los peritos.

Al final, el Aquo desestimó de tal manera nuestro pericial que, por posibilitar que la audiencia se desarrollara sobre temas y aspectos de la atención que no eran nucleares en términos de responsabilidad, dio lugar a múltiples conceptos y probabilidad dada por los médicos supraespecialistas que de principio, no eran PARES ACADÉMICOS de la Dra. Yinna Pacheco, la cual procuró apropiarse y en ese intento, el Aquo incurrió en zendo error en sus apreciaciones y de paso, le restó la posibilidad de acceder al derecho a mi mandante.

Así, de las calidades y calidad científico médica del decir de nuestro perito, respetuosamente Sres. Magistrados, ruego a Ud (s) que su pericial, así como el pericial aportado por los supraespecialistas y de manera especial su sustentación en audiencia, sean trasladados desde su Despacho al Tribunal de Ética Médica de Bogotá, para que se identifique por ellos y sancione a aquel que en su actividad como auxiliar de la justicia, haya precisado de mentir para sustentar su decir pericial y favorecer a la parte que le contrato, como quiera que todos y sin excepción fueron peritos de parte y no peritos judiciales.

Continuando con la presentación del equívoco que el Aquo observa en la interpretación de la prueba pericial, tenemos que previo y como sustento a su proveído manifestó además que:

d) **...”Todos dicen que el paciente no estaba anticoagulado a su ingreso y que el INR de 0.9 decía que no estaba anticoagulado en su momento”...**

Lo cual Sres. Magistrados, es cierto; sin embargo, lo que no precisó el Aquo y que es de vital importancia para el análisis de responsabilidad es que al paciente y sin conocer el valor de INR le fue prescrito y **le fue aplicado** un medicamento que no era vital para el cuadro clínico que presentaba y por vía intramuscular, vía de administración que no debió ser contemplada por su antecedente de estar prescrito con warfarina- por su patología de base- y mucho más, por la sospecha diagnóstica de la Dra. Yinna Pacheco que probablemente estaba cursando con “sobre anticoagulación” y en rigor, mucho mayor era la indicación de no considerar esa vía de administración en un paciente con las condiciones anteriores y además, con intoxicación etílica, **pues el alcohol aumentaba su riesgo de sangrado.**

Mencionó el Aquo que: ...**"Todos ellos dieron cuenta que estando el paciente en estado de alcoramiento, estando alcoholizado, la mejor vía para el paciente, la mejor manera de controlar el dolor de cabeza, incluso del tórax, era la vía intramuscular, porque la oral representaba riesgo de broncoaspiración y la vía intravenosa era también riesgosa máximo que por su condición de alteración del estado de su conciencia impedía que el colaborara con el personal médico que lo estaba atendiendo"**

Lo anterior señores Magistrados tiene orfandad de verdad, total, pues el paciente no se hallaba con alteración en su estado de conciencia, toleraba la vía oral y su condición no era la citada en este aparte por el Aquo, mucho menos para decir y con la certeza que lo hace, que la mejor vía para la administración de un analgésico, bajo su antecedente y condición y diagnóstico primero, era la intramuscular. Lo anterior tiene orfandad de verdad.

Es una premisa en medicina que no se utiliza esta vía, no debe ser considerada, para administrar medicamentos en pacientes con antecedente de estar tomando warfarina y mucho menos si se sospecha en ellos una probable sobreanticoagulación.

Manifestó que **"con un INR de 0,9, menor de 1, el paciente no estando anticoagulado, no había contraindicación alguna"**, esto sin tener en cuenta que la Dra. Yinna Pacheco expuso al paciente a riesgos injustificados y que ella no tenía el dato del INR y que, con el diagnóstico que sospecho de sobreanticoagulación, menos aún debió considerar la posibilidad de usar esta vía de administración – intramuscular glútea y profunda- para aplicar medicamentos y mucho menos, si no eran medicamentos vitales, pues en un paciente cardíopata con dolor torácico y en miembro superior izquierdo se ha de descartar es un síndrome coronario agudo y en ese contexto, el manejo del dolor con Tramadol, no es el manejo vital, lo vital era descartarle estuviera haciendo el síndrome coronario agudo.

Manifestó además lo siguiente: ...**"Tampoco se comprobó la relación entre el hematoma y la lesión del nervio ciático...que el tiempo entre la atención de urgencias y la aparición del hematoma fue de 13 días y que la ampolla se aplicó en el glúteo derecho en una región donde no hay gran influencia de nervios o venas o quizá hasta ninguna, y está distante del nervio que resultó afectado y además el hematoma resultó en una región muy diferente de aquella que resultó intervenida con la inyección"....**

Lo anterior no fue lo manifestado por ninguno de los médicos asistentes a la audiencia porque es **contrario a ciencia y biología humana** el proponer que en una zona anatómica no existen vasos sanguíneos y de la distancia del punto de aplicación al paso del nervio ciático, hemos de manifestar que hay centímetros apenas y que un hematoma de más de 200 centímetros cúbicos efectivamente causa compresión del nervio e isquemia del mismo como quedó debidamente demostrado por los peritos al preguntarles sobre el mecanismo fisiopatológico para que ocurriera la lesión del nervio, por compresión. Máximo si atendemos Sres. Magistrados que 200 c.c. es 20 veces más la cantidad de medicamento que se puede colocar vía intramuscular profunda en el glúteo.

Terminó por manifestar que...."**y que dada la condición del paciente lo que presentó es un hematoma espontáneo**" conforme con el decir del perito Rachit y que ello estaba de conformidad con el decir del Dr. Páramo, planteamiento que es contrario a verdad en virtud que el hematoma que presentó el paciente fue un hematoma organizado, de llenado lento en el tiempo y no de llenado rápido y en un solo momento como lo sería un hematoma espontáneo, además que la Literatura Médica no ha versado sobre hematomas espontáneos en esa área anatómica a saber, en el glúteo profundo.

Veamos, hallamos prueba de lo anterior en el decir del Dr. Supelano, médico especialista en medicina interna que atendió directamente al paciente, así:

Pregunta del Dr. Lesmes (apoderado parte demandante) al Dr. Supelano en el minuto 58:23 "Rápidamente Dr. Supelano, ¿Qué es un hematoma organizado y cuántos días puede durar en organizarse como tal?"

- A lo que respondió el Dr. Supelano:" Un hematoma organizado es un hematoma que se colecciona en un tejido principalmente a nivel muscular. Los días, eso depende de cada paciente; no, no es un tiempo específico, cada paciente es completamente diferente y depende de la ubicación, si es superficial, si es profundo. Depende de muchos factores, eso no se puede determinar un tiempo específico para absolutamente todos los pacientes."

Por lo cual, el Dr. Lesmes le formula la siguiente pregunta: "Dr. Supelano, pero no es de un día, puede llevar varios días.", recibiendo una

respuesta afirmativa por parte del Dr. Supelano, quien responde: "Puede llevar varios días, sí".

De otra parte, también hallamos prueba de lo antes dicho, del yerro en la valoración de la prueba por el Aquo en el decir de estos dos médicos, así:

El Dr. Lesmes le dirige la siguiente pregunta a la Dra. Nury en el minuto 16:48 "Por favor, diga al despacho qué es un hematoma organizado y cuánto tiempo dura un hematoma en organizarse." A lo que responde la Dra. Nury: "Señor Esteban, Doctor. Un hematoma organizado, bueno, en principio un hematoma es una acumulación de sangre en un espacio del cuerpo. Organizado significa que ya esa sangre está generando un estado de coagulación y hace que este hematoma no sea completamente líquido". Luego se pregunta: "¿Cuánto tiempo puede tardar en organizarse?", se responde: "eso depende. Depende del paciente, depende del estado clínico del paciente, depende del estado de sus vasos sanguíneos, del vaso que genera el hematoma o del motivo por el cual se genera el hematoma, entonces, no podría darle un tiempo definido porque aquí confluyen bastantes variables y factores para definir ese tiempo".

El Dr. Lesmes pone en consideración algunos de los hechos de la historia clínica del paciente para que el Dr. Rachid pase a explicarlos:

"Dr. Rachid. Se aplicó una inyección intramuscular en el glúteo derecho, ¿Cierto? Apareció posteriormente un hematoma en el glúteo derecho de forma organizada como usted lo menciona, y posteriormente la lesión del nervio ciático apareció en el glúteo derecho. ¿A qué explica usted, digamos, estos hechos?" a lo que el Dr. Rachid le responde "No, como ya lo mencioné desde el principio, la aplicación de la ampolla intramuscular no tiene que ver con la aparición del hematoma espontáneo, pero obviamente esto es un trauma dirigido a una ampolla obviamente, claro. Sin embargo, la colección que logran medir, la primera medición que obtienen, exactamente el 16 de marzo, encuentran solamente aproximadamente, con la medición ecográfica que hace el radiólogo, cuarenta y cinco (45) centímetros. Realmente, uno esperaría que un hematoma fuera mucho más grande en un paciente que hubiera estado sobrecoagulado o anticoagulado, pero cuarenta y cinco (45) centímetros, medido con ecografía, es algo muy pequeño. Es decir, yo le puedo decir, "vea, hay hoy en día hasta cirugías plásticas en donde pueden utilizar el glúteo como una medida., hay unas chicas modelos que se ponen cosas y eso, y los volúmenes de estas prótesis son de

doscientos (200), de trescientos (300) centímetros, ¿Cierto? Esto es un volumen mucho más grande, cuarenta y cinco (45) centímetros no alcanza a ser, es muy pequeño, ¿No? Es muy pequeño. Claro, eso no quiere decir que porque sea tan pequeño no haya producido una neuropraxis. Claro, porque el paciente se quejó de dolor y el hematoma, más la presión, porque el paciente pues está acostado boca arriba. Sin embargo, al detectarlo lo drenan, ¿No?, entonces digamos, la causa del hematoma., la primera intervención, lo drenan, no queda totalmente drenado hasta una segunda intervención. Hay muchas causas, no solamente las cirugías plásticas; si usted se llega a caer de espalda o sentado, o cuando los pacientes hacen lesiones del coxis con esas caídas, usted también puede generar unos hematomas gigantes. En el muslo y en el glúteo usted puede llegar a almacenar tres (3), cuatro (4), cinco (5) litros de sangre; la volemia de un paciente, en los pacientes, por ejemplo, de cirugía de cadera, los pacientes mayores pueden hacer unos hematomas gigantes, pueden albergar hasta cuatro (4) litros de sangre en una cavidad como el muslo. Imagínense ahora cuarenta y cinco (45) centímetros, muy poquito”.

Manifiesta el Aquo que:

“lo acaecido obedeció a las conductas propias de nuestro mandante y no al hacer de salud en manos del galeno médico de urgencias del HUCSR y lo propuso así...”**Dice que en suma hay que decir que los antecedentes del paciente, la conducta omisiva del paciente frente a su salud como la ingesta excesiva de alcohol a pesar de su contraindicación cardiovascular y el hecho de haber dejado de consumir su medicación con el debido juicio, cuidado y diligencia pudo haber influido o generó la influencia en su estado de salud que no guarda ninguna relación con el proceder de la clínica aquí demandada..”**

Planteamientos que, de fondo, a todas luces, riñe con las verdades develadas a lo largo del debate probatorio.

Edifica al final su presentación del fallo manifestando que: ...”**en síntesis el paciente no estaba anticoagulado y la práctica de una inyección intramuscular de tramadol no era riesgosa, que además la warfarina pese a serle recetada al paciente no estaba siendo consumida y la aparición del hematoma y la lesión del nervio ciático no guarda relación alguna con la actuación médica”.**

Manifestación última del Aquo Sres. Magistrados que es equívoca como quiera que se edifica en presupuestos equívocos por interpretaciones y lecturas equívocas del Aquo de la prueba documental aportada (HC), la prueba técnica y pericial médica por lo que ruego a Ud. (s) el modificar el sentido del fallo aquí impugnado por cuanto es contrario a derecho.

Así lo narrado y teniendo en cuenta mis apreciaciones respetuosas a la luz del derecho, señores Honorables Magistrados, resulta claro y luego de esta disertación que la razón primera que nos llevó a apelar el fallo del Juez de primera instancia, y que citamos como que el Aquo incurrió en una inadecuada valoración de la prueba técnica y pericial médica, está debidamente fundamentada y que se sustenta en la veracidad de la prueba que fue vertida al proceso.

De otra parte, resulta claro que el Aquo solamente analiza el tema relativo a la responsabilidad profesional e institucional de salud a partir del acto médico, más no atiende a la INOBSERVANCIA NORMATIVA de la IPS HUCSR y de la EPS COMPENSAR, quienes no garantizaron a mi mandante unas atenciones en salud con las características de calidad que exige el sistema obligatorio de garantía de la calidad

en salud, especialmente en los atributos SEGURIDAD y PERTINENCIA, lo cual quedó así mismo debidamente probado en el proceso, tal y como lo manifestamos en los Alegatos de Conclusión y que ruego a Ud.(s) Sres. Magistrados sea tenido en cuenta en su análisis de responsabilidad.

III. CONCLUSIÓN

En forma respetuosa se puede o podría concluir que ajenos a posibles hechos similares, antecedentes del paciente, posibles omisiones del paciente, etc. sí Existió una Mala Praxis y se presentaron fallas en el servicio de atención médica, lo anterior bajo argumentos probatorios.

Así mismo, y en procura del respeto que merece la justicia y en estos momentos la salud en mi percepción es indispensable realizar una investigación oportuna de los peritajes médicos por parte del Tribunal de Ética Médica.

PETICIÓN

Cumplida la carga argumentativa que ha correspondido a la defensa, solicito respetuosamente a la instancia superior revocar la sentencia del Once (11) de diciembre de dos mil veintitrés (2023) proferida por el Juzgado Treinta y Siete del Circuito de Bogotá dentro del presente proceso para que, en consecuencia, proceda a declarar probadas las pretensiones propuestas y dar por terminado el proceso negando las excepciones de la parte demandada.

Honorables Magistrados,

Respetuosamente

A handwritten signature in black ink, featuring a large, stylized 'B' and 'L' that loop together, with the name 'Barcelino Esteban Lesmes Vargas' written in a cursive script below it.

Barcelino Esteban Lesmes Vargas

Apoderado.

T.P. No. 283065 del C. S. J.