

2020-00255 - REFORMA A LA DEMANDA - CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN VS INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA

SAVIO ABOGADOS. <notificacionsavioabogados@gmail.com>

Lun 05/02/2024 15:06

Para: Juzgado 05 Civil Circuito - Risaralda - Pereira <j05ccper@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (819 KB)

40 - REFORMA DE DEMANDA Y ANEXOS.pdf;

Cordial saludo,

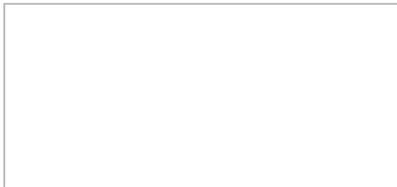
Me permito adjuntar en archivo pdf reforma a la demanda y anexos del proceso en referencia.

Atentamente,

DIEGO JAVIER MESA RADA

C.C. Núm. 6.240.871 de Cartago.

T.P. Núm. 158.459 del C. S. de la J.



Dirección: Calle 12 No. 3 - 69 / Piso 2. Cartago - Valle del Cauca.

Dirección Electrónica: notificacionsavioabogados@gmail.com

Celular: (+57) 315 216 4818

Doctora:
MARLY ALDERIS PEREZ PEREZ
JUEZA QUINTA CIVIL DEL CIRCUITO
Pereira – Risaralda
E. S. D.

Referencia: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA
Demandante: CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN.
Demandada: INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA
S.A.S – SANITAS E.P.S. S.A.S.
Radicado: 2020 – 00255 – 00
Asunto: MEMORIAL REFORMA DE DEMANDA

DIEGO JAVIER MESA RADA mayor de edad, domiciliado y residente en Cartago Valle, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de apoderado judicial de la parte demandante, a Usted atentamente me dirijo con el fin de presentar reforma de demanda dentro del proceso de la referencia, fundamentada por el artículo 93 del Código General del Proceso, por lo que procedo a describir las adiciones realizadas a la presente reforma:

1. En el título “**1. FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LA DEMANDA**” se introducen los hechos No. **1.14.1. – 1.14.2. y 1.19.1.**, de la siguiente manera:

1.14.1 Pese al diagnóstico realizado por los profesionales y las órdenes médicas de vigilancia estrecha por riesgo suicida, el personal de enfermería del INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. omitió el deber de cuidado que específicamente requería la paciente CLAUDIA por la necesidad imperiosa surgida del diagnóstico de su patología y tratamiento psiquiátrico.

1.14.2 Corolario al hecho anterior, se tiene que en el evento en que el personal de enfermería del INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. hubiese sido diligente en su deber de cuidado y hubiese atendido las órdenes médicas, la paciente CLAUDIA no hubiese sufrido la caída que le genero la fractura y por tanto daños en su salud, por lo anterior, el personal de enfermería actuó de manera negligente por tratarse de un hecho previsible dadas las circunstancias específicas de la paciente.

1.19.1. EPS SANITAS S.A.S. como Entidad Promotora de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 177 de la ley 100 de 1993, tiene como su función



básica la de garantizar directa o indirectamente a sus afiliados la prestación del servicio de salud obligatorio, razón por la cual debe responder solidariamente por daños ocasionados en la falla en la prestación del servicio en salud a sus afiliados, al respecto la H. Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado respecto a la imputación del daño a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio y a sus agentes, donde manifestó que:

(...) las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.

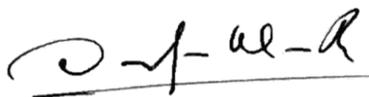
2. En el título “**6. PRUEBAS**” dentro del acápite de pruebas documentales, se introduce la solicitud de prueba documental (No. 12) de la siguiente manera:

12. Dictamen pericial por la Enfermera profesional SANDRA MILENA AGUDELO.

Los demás hechos y pruebas no tendrán reforma alguna.

Atendiendo lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 93 del C.G.P. se aportan dichas reformas integradas en un solo escrito de demanda reformada.

Atentamente,



DIEGO JAVIER MESA RADA

C.C. Núm. 6.240.871 de Cartago.

T.P. Núm. 158.459 del C. S. de la J.



Doctora:
MARLY ALDERIS PEREZ PEREZ
JUEZA QUINTA CIVIL DEL CIRCUITO
Pereira – Risaralda
E. S. D.

PROCESO: DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL - TRÁMITE VERBAL DE PRIMERA INSTANCIA
RADICADO: 2020 – 00255 – 00
DEMANDANTE: CLAUDIA MARIA GIRALDO MARÍN
DEMANDADOS: SANITAS S.A. E.P.S. - INSTITUTO DEL SISTEMA
NERVISO DE RISARALDA S.A.S.
ASUNTO: DEMANDA REFORMADA

Respetuosamente se dirige a Usted **DIEGO JAVIER MESA RADA**, varón mayor de edad, domiciliado y residenciado en Cartago Valle, abogado en ejercicio con tarjeta profesional No. 158.459 del Consejo Superior de la Judicatura, identificado con la cédula de ciudadanía No. 6.240.871 expedida en Cartago Valle, haciendo uso del poder conferido por la señora **CLAUDIA MARIA GIRALDO MARÍN**, mayor de edad, vecina de la ciudad de Pereira- Risaralda, el cual acepto expresamente y en desarrollo del mismo, formulo proceso declarativo verbal de responsabilidad civil por Falla en el Servicio de Enfermería (cuidado y vigilancia del usuario) en contra de **SANITAS S.A. E.P.S.**, identificada con el NIT. 800251440-6 con domicilio en la ciudad de Pereira Risaralda y del **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISO DE RISARALDA S.A.S.**, identificado con el NIT. 800082446-4, con domicilio principal en Pereira Risaralda, lo que se hace con base en los siguientes:

1. FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LA DEMANDA

- 1.1. La señora Claudia María Giraldo Marín, es una persona que actualmente tiene 54 años de edad.
- 1.2. La señora Claudia María Giraldo Marín, en el año 2016 estaba afiliada a la EPS SANITAS S.A.
- 1.3. El día 21 de septiembre de 2016 a las 18:31 horas, la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN fue valorada en el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S. por el Dr. Alejandro Pérez Bustamante (Psiquiatra), quien hizo diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de tipo Depresivo aún con síntomas psicóticos persistentes con ideación suicida, decidiendo dejar hospitalizada a la paciente con esquema de tratamiento.
- 1.4. El mismo día (septiembre 21 de 2016) la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN fue valorada por el Dr. Luis Fernando Ciro Villegas (Médico General) en el área de hospitalización, quién en su análisis especificó que era una paciente con marcada alteración del afecto, con ideas de muerte fijas, la cual debía seguir hospitalizada con igual tratamiento y vigilancia estrecha por riesgo suicida.



1.5. El 22 de septiembre de 2016 fue valorada nuevamente por el Dr. Alejandro Pérez Bustamante (Psiquiatra), haciendo el mismo diagnóstico y ordenando continuar iguales ordenes por su cuadro depresivo con ideas de muerte no estructuradas y consumo de tabaco concomitante.

1.6. El 23 de septiembre de 2016 fue valorada por el Dr. Alejandro Pérez Bustamante (Psiquiatra) quien indicó mejoría de la enuresis, pero que debía seguir hospitalizada por continuar con síntomas depresivos.

1.7. El 25 de septiembre de 2016, la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN, fue valorada por la Dra. María del Pilar de Moya Mejía (Psiquiatra), quien conceptuó que en la paciente persistían los síntomas depresivos, alucinación auditiva de comando e ideas de muerte y suicidio parcialmente elaboradas, además la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN le indicó que sufría de Fibromialgia y que su mayor molestia eran los dolores musculares, por lo que le adicionaron Acetaminofén al tratamiento. Igualmente ordenó vigilancia estrecha por riesgo suicida.

1.8. El mismo 25 de septiembre de 2016 a las 23:28 horas fue valorada por el Médico General, Dr. Luis Fernando Ciro Villegas, quien encontró a la paciente somnolienta, con marcha limitada por dolor en miembro inferior derecho debido a trauma en cadera del mismo lado por caída desde su propia altura, al levantarse para ir al baño, teniendo en cuenta que este accidente lo sufre una paciente, la cual dentro de sus órdenes de hospitalización se encuentra de manera insistente, como lo vemos en los hechos anteriores, la de “vigilancia estrecha por riesgo suicida”.

1.9. El 26 de septiembre de 2016 a las 06:33 horas fue valorada por el Dr. Luis Fernando Ciro Villegas, quien la encontró con limitación funcional, por lo que ordenó toma de Rx de Caderas Comparativas, analgesia, reposo y comentar a la Clínica Comfamiliar.

1.10. A las 07:30 horas del 26 de septiembre de 2016 la valora nuevamente el Psiquiatra (Dr. Alejandro Pérez Bustamante), quien conceptúa que no hay signos de fractura, pero ante permanencia del dolor y limitación funcional se decide remitir a Clínica Comfamiliar para toma de Rx de Caderas Comparativas y valoración por Ortopedia.

1.11. Siendo las 15:59 horas del 26 de septiembre de 2016 fue valorada en Clínica Comfamiliar por el Dr. Fabián Alberto Romero Berrio (Ortopedia y Traumatología), quien hace diagnóstico de Fractura del Cuello del Fémur y ordena toma de exámenes prequirúrgicos y comentar a la paciente con cirugía de cadera.

1.12. El 29 de septiembre de 2016 a las 14:04 horas fue intervenida quirúrgicamente por el Dr. Álvaro Isaza Cardona (Ortopedia y Traumatología), quien realizó reemplazo protésico total primario de cadera.

1.13. El 01 de octubre de 2016 a las 12:27 horas fue dada de alta por el Dr. Álvaro Isaza Cardona (Ortopedia y Traumatología) con indicación de analgesia y cita trombopprofilaxis.

1.14. Esta circunstancia se da debido a la falta de cuidado del personal de enfermería del Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S., pues en las



órdenes médicas de los diferentes profesionales que valoraron a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN durante su hospitalización, se reitera en repetidas ocasiones que debía haber vigilancia estrecha por riesgo suicida.

1.14.1. Pese al diagnóstico realizado por los profesionales y las órdenes médicas de vigilancia estrecha por riesgo suicida, el personal de enfermería del INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. omitió el deber de cuidado que específicamente requería la paciente CLAUDIA por la necesidad imperiosa surgida del diagnóstico de su patología y tratamiento psiquiátrico.

1.14.2. Corolario al hecho anterior, se tiene que en el evento en que el personal de enfermería del INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. hubiese sido diligente en su deber de cuidado y hubiese atendido las órdenes médicas, la paciente CLAUDIA no hubiese sufrido la caída que le generó la fractura y por tanto daños en su salud, por lo anterior, el personal de enfermería actuó de manera negligente por tratarse de un hecho previsible dadas las circunstancias específicas de la paciente.

1.15. Según la Guía para manejo de Urgencias, Tomo III, la intervención de enfermería consiste en medidas generales aplicadas a todos los pacientes y medidas específicas de acuerdo con el cuadro clínico, y si bien el diagnóstico de la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN, “es un Trastorno Esquizoafectivo de tipo depresivo, es una patología de notoria alteración del pensamiento con presencia de delirios, alucinaciones, generalmente auditivas y gran deterioro del autocuidado, por lo que recomiendan prevenir las lesiones autoinflingidas, asignándole una habitación segura donde el personal pueda observar al paciente en forma permanente”¹.

1.16. De acuerdo a la jurisprudencia del Consejo de Estado, es deber del centro hospitalario evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro hospitalario derivado de un evento adverso, el cual, es entendido como aquel daño que no tiene su génesis u origen en la patología de base del paciente y que puede desencadenar en la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud².

1.17. De acuerdo al Anexo Técnico de la Resolución No. 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social, define al evento adverso, como las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son más atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, como es la situación que sufrió la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN durante su hospitalización en el Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda S.A.S.³

1.18. La actividad hospitalaria no solo está dirigida a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente, sino que comprende otra serie de

¹ Guías para manejo de Urgencias; Tercera Edición, Tomo III, Grupo Atención de Emergencias y Desastres, Convenio Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, 2009.

² Consejo de Estado, Fallo 22304 del 9 de mayo del 2012, Consejero Ponente: Enrique Gil Botero.

³ Anexo Técnico Resolución No. 1446 de 2006 del 8 de mayo de 2006 del Ministerio de Protección Social.



obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios.⁴

1.19. La sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha delimitado la obligación de seguridad para preservar a las personas interesadas o a sus pertenencias de los daños que la misma ejecución del contrato celebrado pueda ocasionarles, y uno de los eventos en que hay que reconocerle vigencia a este crédito a la seguridad de las personas, como algo que le atañe al vínculo, es precisamente el de la prestación de servicios asistenciales por entes hospitalarios de cualquier clase y cuyo objeto no es otro que el de vigilar al paciente con el grado de diligencia que demanden las circunstancias, determinadas ellas en principio por la clase de enfermedad que sufre y las manifestaciones que ofrece, y así poder evitar que experimente daño alguno mientras permanezca en las instalaciones del establecimiento.⁵

1.19.1. EPS SANITAS S.A.S. como Entidad Promotora de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 177 de la ley 100 de 1993, tiene como su función básica la de garantizar directa o indirectamente a sus afiliados la prestación del servicio de salud obligatorio, razón por la cual debe responder solidariamente por daños ocasionados en la falla en la prestación del servicio en salud a sus afiliados, al respecto la H. Corte Suprema de Justicia se ha pronunciado respecto a la imputación del daño a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio y a sus agentes, donde manifestó que:

(...) las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.⁶

1.20. En virtud del contrato de hospitalización, el establecimiento asume frente al enfermo una obligación de seguridad que le impone la de evitar que le ocurran accidentes con motivo o con ocasión del cumplimiento del contrato.⁷

⁴ Atención de Enfermería al Paciente con Urgencias Psiquiátricas, Maribel Pinilla Alarcón, Enfermera Docente Salud Mental y Psiquiátrica, Universidad Javeriana, Guías para manejo de Urgencias; Tercera Edición, Tomo III, Grupo Atención de Emergencias y Desastres, Convenio Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina, 2009

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil y Agraria, Sentencia del 1 de febrero de 1993, M. P. Carlos Esteban Jaramillo Schloss.

⁶ CSJ sentencia SC13925-2016 del 30 de septiembre del 2016 MP. ARIEL SALAZAR RAMIREZ Radicación No. 05001-31-03-003-2005-00174-01

⁷ Consejo de Estado, Fallo 22304 del 9 de mayo del 2012, Consejero Ponente> Enrique Gil Botero.



1.21. Como consecuencia de la cirugía, la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN debió someterse a sesiones de Fisioterapia para rehabilitar su cadera.

1.22. Igualmente debió continuar sus controles con Psiquiatría de manera particular, pues debido al accidente ocurrido en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S., la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN, teme asistir a dicha institución y más aún a ser tratada por el Psiquiatra que la hospitalizó, ya que piensa que podría presentarse un suceso similar o peor al ocurrido.

1.23. La señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN, en su propio nombre y representación, me ha conferido poder especial para adelantar la presente acción declarativa de responsabilidad civil por Falla en el Servicio Médico por el trámite verbal.

2. FUNDAMENTOS DE ORDEN LEGAL QUE SUSTENTAN LA DEMANDA

Lo primero que debe decirse al formular una sólida pretensión, es que de los antecedentes fácticos propuestos con antelación y, con las pruebas aportadas en esta demanda, queda demostrado (i) el daño que sufrió la demandada, señora Claudia María Giraldo Marín, (ii) la conducta culposa de los demandados y el nexo causal entre el primero y el segundo, de lo que se deriva la afectación a la salud y al patrimonio de la demandante y, la conducta profesional desplegada por el personal del Instituto del Sistema Nervioso del Risaralda S.A.S., son el foco de la censura en esta oportunidad.

Vemos entonces como se advirtió en la fundamentación fáctica, que la señora **CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN** acudió a una IPS especializada en el tratamiento de la patología que estaba padeciendo, con el propósito de ser atendida bajo los cánones que gobiernan la lex arte médica, sin embargo, de la historia clínica diligenciada y expedida por el personal del Instituto del Sistema Nervioso del Risaralda S.A.S., se puede advertir que no se realizó un procedimiento acorde con la literatura médica para manejo de casos análogos, es más, aun advirtiéndose el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de tipo Depresivo, con síntomas psicóticos persistentes e ideación suicida y, recetándose un cuidado estrecho y permanente, la IPS demandada cometió errores sistemáticos que terminaron por generar los daños psicológicos y fisiológicos a mi representada.

La imputación a la que aquí se alude es el juicio sobre la cuestión de cómo atribuir un hecho a un sujeto (imputatio facti o de primer nivel), tal como se ha concebido en la dogmática civil con profundo arraigo en la tradición privatista, que la entiende como una operación constitutiva de la relación jurídica entre un agente y un resultado. La imputatio facti permite afirmar que un sujeto es el artífice de una acción (apreciación de sentido de un hecho), pero nada dice acerca de la corrección o incorrección de dicha acción según se adecue o no a un deber objetivo de cuidado o prudencia. (KARL LARENZ, Op. cit. p. 201)

Las pautas de atribución de un hecho a un agente, en suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico, como por ejemplo las normas de familia que asignan obligaciones de ayuda mutua entre los cónyuges; o



a los padres, tutores y curadores hacia los hijos u otros sujetos bajo su cuidado; los deberes de protección a cargo del empleador; las obligaciones de seguridad de los establecimientos comerciales y hospitalarios; la obligación de prestación de una atención en salud de calidad que la Ley 100 de 1993 impuso a las organizaciones proveedoras de servicios médicos; las situaciones que consagran los artículos 2343 y siguientes del Código Civil; o las que ha establecido la jurisprudencia, tales como el concepto de 'guardián de la cosa'.

En virtud de tales deberes la imputabilidad (posibilidad de atribución de los hechos) se generaliza en procesos abstractos de institucionalización de expectativas que hacen factible que las selecciones sean pertinentes o aplicables a todos los sujetos que están en situaciones similares. Esta preconcepción se requiere, inclusive, para la determinación de la responsabilidad objetiva, pues no es posible atribuir un resultado lesivo a un artífice 'como suyo' si el ordenamiento no permite hacer esa atribución.

Para que el juez declare que un hecho es obra de un agente, deberá estar probado en el proceso (sin importar a quien corresponda aportar la prueba), que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo su esfera de control y que actuó o dejó de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación.

El reproche civil no radica en haber actuado mal sino en no actuar conforme al estándar de prudencia exigible, habiendo tenido la posibilidad de hacerlo. «La culpa civil –explica BARROS BOURIE– es esencialmente un juicio de ilicitud acerca de la conducta y no respecto de un estado de ánimo. (...) el juicio de disvalor no recae en el sujeto sino en su conducta, de modo que son irrelevantes las peculiaridades subjetivas del agente». (Tratado de responsabilidad extracontractual. Santiago de Chile, 2009. p. 78)

Esta culpa se diferencia sustancialmente de la culpa subjetiva, autónoma o espiritualizada acuñada por la filosofía moderna y que sigue las máximas internas de la moral; pues en materia de responsabilidad extracontractual la conexión psíquica o componente anímico del sujeto con lo obrado resulta irrelevante.

El fundamento de la culpabilidad civil no reside ni puede residir en la doctrina del libre albedrío que presupone suprema autonomía o plena conciencia para determinarse según la regla moral que el hombre se dicta a sí mismo. En la responsabilidad civil, ser libre significa tener capacidad de adoptar pautas de acción, es decir contar con la potencialidad para emplear reglas objetivas de comportamiento que obligan a quien las incumple o desconoce.

Desde luego que la atribución de responsabilidad civil presupone un destinatario libre, pero esa libertad no es concebida como voluntariedad, representatividad o conciencia de la ilicitud, sino simplemente como posibilidad de elección entre varias opciones según unas reglas de conducta social institucionalizada, independientemente del grado de conciencia que el agente tiene sobre las consecuencias jurídicas que podría acarrear el quebranto de tales reglas.



La circunstancia de que los menores de diez años y las personas con discapacidad mental no sean sujetos pasibles del juicio de reproche culpabilístico según la ley civil (art. 2346), no se debe a que no puedan representarse las consecuencias de su obrar (pues eventualmente sí podrían hacerlo), sino a que la ley civil presume iuris et de iure que no tienen la posibilidad de adecuar su conducta a los parámetros socialmente exigibles.

La libertad que exige la culpabilidad civil sólo requiere que el artífice cuente con la posibilidad de conocer las circunstancias del obrar por motivos razonables (previsibilidad), pero no que se haya representado las consecuencias de su conducta (falta de previsión), por lo que la culpa que resulta suficiente para endilgar responsabilidad civil es la culpa sin representación, pues de otro modo no tendría cabida en ella la impericia o completa ignorancia acerca de lo que debe saberse en un contexto específico de acción.

Es cierto que la culpa con representación y el dolo son fuentes de responsabilidad civil, pero su relevancia en esta área del derecho no consiste en su grado de culpabilidad cualificada o máxima, sino en que tales conductas superan el nivel de culpa media. Una vez alcanzado este umbral de culpa media, es posible atribuir el juicio de reproche civil, pues la culpabilidad no admite graduación en la medida que para imponer la obligación de indemnizar no interesa la magnitud de dicho reproche subjetivo, ni siquiera en los eventos en que la imprudencia de la víctima concurre con la del agente en el desencadenamiento del daño, en cuyos casos la Corte Suprema –al igual que la mayor parte de la doctrina contemporánea– ha sostenido desde hace varios años que la reducción de la indemnización prevista en el artículo 2357 del Código Civil se valora en términos de “coparticipación causal”, es decir que se determina con base en criterios de imputación del hecho y no de “compensación de culpas” como ocurría en el pasado. (CSJ, SC del 16 de diciembre de 2010. Exp.: 11001-3103-008-1989-00042-01)

La culpa civil no es un error esporádico respecto a los resultados obtenidos (que no tendría relevancia jurídica en la responsabilidad por culpabilidad), sino un error o anomalía que surge de la comparación de la conducta pasada con el estándar de conducta jurídicamente aceptado. La repetición o persistencia en el error puede dar lugar a culpa en la medida que aumenta las posibilidades de calcular razonablemente la inadecuación de la conducta a los parámetros sociales, técnicos, científicos o profesionales jurídicamente exigibles.

La culpa civil, en suma, se concreta en un error de cálculo frente a lo que es objetivamente previsible. Si el actor previó o no que su conducta podía derivar en un evento dañoso es irrelevante para efectos de alcanzar el nivel de culpa sin representación. Lo importante es que haya actuado (o dejado de actuar) por fuera del rango de sus posibilidades de acción respecto de lo que está jurídicamente permitido. Sólo así se logra entender el factor de reproche subjetivo de la responsabilidad civil como una postura del entendimiento y no como voluntariedad de la conducta moral.

El agente es destinatario de un reproche de culpabilidad en cuanto tiene la aptitud de actuar mediante pautas de acción, es decir de modo racional. La racionalidad de su conducta se determina en la distinción de las reglas que establecen el estándar



de imputación jurídica (que describen el patrón de hombre razonable o prudente), por un lado, y la propia conducta del agente, por otro.

Los parámetros que rigen la conducta del agente normalmente no están positivizados, salvo algunos casos de reglamentaciones administrativas, como por ejemplo las normas de tránsito; las normas sobre calidad total del servicio de salud; las guías y protocolos médicos de los servicios seccionales de salud de los municipios; las reglamentaciones sobre calidad de las construcciones y sismorresistencia, para evitar que las construcciones causen daños a terceros, etc.

La violación de tales pautas, como ya se dijo, lleva implícita la culpa siempre que su inobservancia tenga una correlación jurídica con el evento lesivo. La función de estas reglas no es imponer consecuencias en el sistema de la responsabilidad extracontractual pues sus efectos se circunscriben al ámbito profesional, técnico o científico para el que están destinadas a regir; de ahí que el juicio de atribución de culpabilidad que se hace con base en las mismas no obedece a un mecanismo de subsunción o *applicatio legis ad factum*, sino a un proceso hermenéutico que toma como *tertium comparationis* las reglas de experiencia, de ciencia y de técnica propias del contexto en que el imputado se desenvuelve, con el fin de valorar su conducta a la luz de los estándares de prudencia.

Estas reglas ofrecen al juez una escala de medición para enfrentarse en retrospectiva (valoración de lo realizado) a la conducta que el ordenamiento habría esperado (confía) que el sujeto adoptara. Únicamente si se prueba en el proceso la existencia de tales pautas de conducta y que el demandado las infringió habiendo tenido la posibilidad de actuar conforme a lo que el ordenamiento esperaba de él, es posible imputar culpabilidad. Tal juicio de reproche se descarta, naturalmente, si se demuestra que la conducta del convocado a juicio fue prudente, es decir que obró de conformidad con el deber de diligencia y cuidado que le asiste.

La culpa como falta de prudencia, en suma, es meramente pragmática en la medida que se basa en la experiencia de lo que en cada caso concreto resulta más eficaz para impedir la producción de los daños, es decir en la facultad de autocontrol del sujeto. Tal factor de reproche, en sentido normativo, es el producto de la confrontación del resultado acaecido con el resultado que se exige al sujeto como destinatario de las reglas de conducta de cada ámbito social o profesional.

2.1. La Responsabilidad Civil Institucional.

En las relaciones de producción premodernas primaba un vínculo de estrecha dependencia entre el aprendiz y su maestro artesano, o entre el criado y su amo, por lo que era apenas esperable que los señores (domini) respondieran por los daños causados por sus siervos, dada la autoridad y cuidado que su calidad cuasipaternal les confería. Una prueba de esto se halla en la definición de familia que consagra el Código Civil, según la cual ésta comprende, además de la mujer y los hijos, «el número de sirvientes necesario para la familia» (Art. 874), lo cual sólo puede entenderse si se tiene en cuenta que hasta hace muy poco tiempo las empresas eran, esencialmente, organizaciones familiares.



Es cierto que tal definición no se adecua al concepto contemporáneo de familia, como también lo es que las palabras “sirviente”, “criado” y “amo” poseen en la actualidad una connotación peyorativa (Corte Constitucional, C-1235 de 2005). No obstante, el aludido anacronismo deja en evidencia que el legislador patrio de 1887 no se refirió, ni pudo referirse, en los artículos 2347 y 2349 del Código Civil a la responsabilidad civil de las organizaciones empresariales de hoy en día. La simple interpolación, interposición o reemplazo de palabras que hizo la jurisprudencia constitucional de los términos “sirviente o criado” por “trabajador”, y “amo” por “empleado”, cumplió la finalidad de eliminar la carga de discriminación e indignidad que aquellos conceptos entrañaban; pero en ningún caso podría entenderse que tal suplantación de vocablos tiene la aptitud de extender la responsabilidad indirecta a las personas jurídicas.

En cambio, en el esquema de producción contemporáneo, influido por una economía de mercado en la que tienen lugar actividades empresariales a gran escala, no hay ninguna razón para exigir a las empresas un deber de vigilancia sobre la conducta de sus subordinados para efectos de deducir responsabilidad directa por los daños causados a terceros, toda vez que esta responsabilidad no surge de la falta de vigilancia de los directivos sobre los trabajadores, sino de la culpa de la persona jurídica por la realización de sus procesos organizativos, de la cual se puede eximir si demuestra los mismos supuestos de hecho que pueden esgrimir las personas naturales, esto es el caso fortuito, el hecho de un tercero, la culpa exclusiva de la víctima, y la diligencia y cuidado socialmente esperables.

Hoy en día no es posible exigirle a una empresa que adopte una determinada política de control de personal, de imposición de disciplina o planificación de métodos, dado que ello está reservado al libre designio de la organización según la racionalidad pragmática o estratégica que desee implementar en el modelo de producción adoptado o, inclusive, por factores externos que escapan a su facultad de decisión. Cada empresa sabrá, según su propia estructura organizacional, si ejerce o no vigilancia sobre sus trabajadores y en qué medida lo hace, sin que el derecho civil tenga ningún poder de injerencia en el moldeamiento de esa relación.

Lo anterior se evidencia en la atención que las instituciones prestadoras del servicio de salud brindan a sus clientes, para lo cual contratan personal administrativo, médico y paramédico (agentes) cuyas acciones no pueden ser verificadas por el centro de decisión (principal). En este caso se produce una situación de asimetría de la información que pone en desventaja al principal, porque una vez establecido el vínculo contractual, el principal no puede verificar, observar o vigilar la acción que el agente realiza, o no tiene forma de controlar perfectamente esa decisión.

La institución podrá instaurar rigurosos procesos de selección de personal, establecer planes de acción previos, capacitar o instruir a sus agentes, implementar modelos de acción, protocolos de atención o instructivos de decisión; podrá, incluso, ejercer un control posterior mediante auditorías. Pero lo que no podrá hacer jamás, porque escapa totalmente a sus posibilidades reales, es controlar, vigilar, observar o verificar por completo la labor desempeñada por sus agentes al momento de brindar la atención al cliente. La responsabilidad del principal, por tanto, no puede



depender de unas variables altamente difusas y borrosas que están más allá de sus facultades materiales.

Para efectos de atribuir responsabilidad patrimonial a una persona jurídica organizativa por los perjuicios causados a terceros en despliegue o con ocasión de su función, al derecho no le interesa si el agente dañador está sujeto a vigilancia, control y dirección; ni el grado de autoridad o cuidado al que está sometido; ni el eventual beneficio que el servicio del trabajador reporte al principal; o si el auxiliar acata las instrucciones de su superior o actúa en contravía de ellas; o si la empresa recibe un beneficio económico (o pérdidas) del trabajo de sus auxiliares.

Es más, ni siquiera en todos los casos es exigible la falta de cuidado atribuible a una persona natural determinada, porque lo que realmente interesa para efectos de endilgar responsabilidad directa al ente colectivo es que el perjuicio se origine en los procesos y mecanismos organizacionales constitutivos de la culpa in operando, es decir, que la lesión a un bien jurídico ajeno se produzca como resultado del despliegue de los procesos empresariales y que éstos sean jurídicamente reprochables por infringir los deberes objetivos de cuidado; lo cual no sólo se da en seguimiento de las políticas, objetivos, misiones o visiones organizacionales, o en acatamiento de las instrucciones impartidas por los superiores.

Generalmente acontece que desde que el paciente entra en contacto con el sistema sanitario para obtener el restablecimiento de su salud, es atendido por agentes administrativos, médicos, paramédicos y coordinadores, que interactúan entre sí y con el paciente y su familia, a fin de lograr el propósito esperado mediante la ejecución de procesos de diagnóstico, tratamiento, quirúrgicos, de recuperación, seguimiento, control de resultados y los demás que se estimen necesarios según el estado de la ciencia, quedando un gran número de estos procesos determinados por la estructura misma y no sólo por sus elementos. (ROLANDO GARCÍA. Sistemas complejos. Barcelona: Gedisa, 2013. p, 52)

De ese modo el juicio de reproche puede recaer sobre la organización; sobre uno o algunos de sus elementos humanos; sobre la organización y uno o alguno de sus elementos, en forma solidaria cuando se cumplen los presupuestos del artículo 2344 del Código Civil; o no recaer sobre ninguno de ellos, según las circunstancias del caso. Todos ellos, tanto el sistema en conjunto como cada uno de sus miembros, tienen las mismas posibilidades de exonerarse de responsabilidad mediante la prueba del caso fortuito, el hecho de un tercero, la culpa exclusiva de la víctima, o la debida diligencia y cuidado.

2.2. La Responsabilidad Civil de las Empresas Involucradas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Aunque el sistema de seguridad social está orientado por el principio de la solidaridad, ello no significa que la medicina sea una actividad de caridad o beneficencia, pues las entidades promotoras y prestadoras del servicio están organizadas bajo un modelo de economía de mercado en el que los afiliados al régimen contributivo y sus empleadores tienen que pagar por el servicio que reciben; mientras que en el régimen subsidiado los afiliados pagan una cotización que se financia con ingresos fiscales o de la solidaridad, lo que convierte al cliente



en acreedor del derecho a una asistencia sanitaria de calidad “en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.” (Ley 100 de 1993, artículo 153, numeral 9°)

2.3. Naturaleza Jurídica de la Responsabilidad.

En la responsabilidad civil que surge de los daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud, el objeto, fundamento y características del servicio de salud; la afiliación al sistema; la forma de pago y monto de las cotizaciones; el régimen de beneficios; las garantías y deberes de los usuarios; los deberes de los empleadores; la dirección, administración y financiación del sistema; su organización, control y vigilancia; y, en fin, todo lo concerniente a las obligaciones y derechos de los integrantes del sistema, sean prestadores o usuarios, está regulado por el Título II (artículos 152 y siguientes) de la Ley 100 de 1993 y disposiciones modificatorias y complementarias.

El artículo 153-2 de la Ley 100 consagra la obligación para todos los habitantes del país de afiliarse al sistema general de seguridad social en salud, por lo que todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus trabajadores al sistema. De igual manera, los trabajadores independientes o contratistas están obligados a cotizar al régimen contributivo en salud.

A su turno, el artículo 157 ejusdem establece los tipos de participantes en el sistema de salud, siendo éstos los afiliados mediante el régimen contributivo, los afiliados mediante el régimen subsidiado, y los participantes sin capacidad de pago que están vinculados en forma temporal mientras logran afiliarse al régimen subsidiado.

Por su parte, el artículo 183 de ese estatuto prohíbe a las entidades promotoras de salud terminar en forma unilateral la “relación contractual” con sus afiliados o negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen.

En su condición de clientes del sistema, los pacientes se presentan ante las instituciones prestadoras del servicio de salud en calidad de usuarios del servicio público de salud que administran y promueven las entidades de la seguridad social, por lo que el vínculo jurídico que surge entre los usuarios y el sistema de salud entraña una relación especial de origen legal y reglamentario.

2.4. Imputación del Daño a las Demandadas.

Se ha afirmado líneas arriba que la atribución de un daño a un sujeto como obra suya va más allá del concepto de causalidad física y se inserta en un contexto de imputación en virtud de la identificación de los deberes de acción que el ordenamiento impone a las personas.

Uno de esos deberes es el que la Ley 100 de 1993 les asigna a las empresas promotoras de salud, cuya «función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados (...)». (Art. 177)

Además de las funciones señaladas en esa y en otras disposiciones, las EPS tienen como principal misión organizar y garantizar la atención de calidad del servicio de



salud de los usuarios, por lo que los daños que éstos sufran con ocasión de la prestación de ese servicio les son imputables a aquéllas como suyos, independientemente del posterior juicio de reproche culpabilístico que llegue a realizar el juez y en el que se definirá finalmente su responsabilidad civil.

Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.

Por supuesto que si se prueba que el perjuicio se produjo por fuera del marco funcional que la ley impone a la empresa promotora, quedará desvirtuado el juicio de atribución del hecho a la EPS, lo que podría ocurrir, por ejemplo, si la atención brindada al cliente fue por cuenta de otra EPS o por cuenta de servicios particulares; si la lesión a la integridad personal del paciente no es atribuible al quebrantamiento del deber de acción que la ley impone a la empresa sino a otra razón determinante; o, en fin, si se demuestra que el daño fue el resultado de una causa extraña o de la conducta exclusiva de la víctima.

De igual modo, el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 establece que «son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley».

La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo, toda vez que las normas del sistema de seguridad social les imponen ese deber de prestación del servicio.

El juicio de imputación del hecho como obra de las instituciones prestadoras del servicio de salud quedará desvirtuado si se prueba que el daño no se produjo por el quebrantamiento de los deberes legales de actuación de la IPS, sino a otra razón, como por ejemplo a una deficiencia organizativa, administrativa o presupuestal de la EPS; a la conducta de uno o varios agentes particulares por fuera del marco funcional de la IPS; o, en fin, a la intervención jurídicamente relevante de un tercero, de la propia víctima o a un caso fortuito.

La atención médica de hoy en día requiere habitualmente que los pacientes sean atendidos por varios médicos y especialistas en distintas áreas, incluyendo atención primaria, ambulatoria especializada, de urgencias, quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación. Los usuarios de la salud se mueven regularmente entre áreas de diagnóstico y tratamiento que pueden incluir varios turnos de personas por día, por lo que el número de agentes que están a cargo de su atención puede ser sorprendentemente alto.

Todas esas personas podrían tener un influjo decisivo en el desenvolvimiento causal del resultado lesivo; sin embargo, para el derecho civil no es necesario, ni posible, ni útil realizar un cálculo matemático del porcentaje de intervención de cada



elemento de la organización en la producción física del evento adverso. Para atribuir la autoría a los miembros particulares, basta con seleccionar las operaciones que el juez considera significativas o relevantes para endilgar el resultado a uno o varios miembros de la organización.

De manera que, para imputar responsabilidad a los agentes singulares de la organización, el juez habrá de tomar en cuenta sólo aquellas acciones, omisiones o procesos individuales que según su marco valorativo incidieron de manera preponderante en el daño sufrido por el usuario y cargarlos a la cuenta de aquellos sujetos que tuvieron control o dominio en la producción del mismo. De este modo se atribuye el hecho dañoso a un agente determinado, quien responderá en forma solidaria con la EPS y la IPS, siempre que confluyan en ellos todos los elementos de la responsabilidad civil.

2.5. La Diligencia y Cuidado de las IPS.

La culpa de la persona jurídica se establece en el marco de una unidad de acción selectivamente relevante que tiene en cuenta los flujos de la comunicación entre los miembros del sistema. Por ello, el juicio de reproche ha de tomar en consideración, además de las acciones y omisiones organizativas, las fallas de comunicación del equipo de salud que originan eventos adversos cuando tales falencias podían preverse y fueron el resultado de la infracción de deberes objetivos de cuidado.

Según los estándares aceptados en la práctica profesional de la salud, los problemas de comunicación entre los proveedores de atención médica y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente el desenvolvimiento de la atención y son una de las principales causas de responsabilidad por negligencia médica. (FABIÁN VÍTOLO, Problemas de comunicación en el equipo de salud, Biblioteca virtual Noble, 2011)

De acuerdo a la literatura especializada en el tema de calidad total de los servicios de salud, el quiebre en la comunicación genera más daños de gravedad a los usuarios que otros factores de riesgo como la pobre capacitación técnica de los agentes de salud, la insuficiente evaluación del paciente y la falta de personal necesario para cumplir las tareas.

Los cortocircuitos en la comunicación durante el proceso de atención pueden presentarse en los pases o remisiones del paciente de un profesional a otro; cuando se imparten órdenes; cuando se transfiere responsabilidad entre efectores; cuando se prescriben las fórmulas médicas; cuando el paciente es dado de alta; cuando se dan indicaciones a sus familiares (o se omiten) sobre los cuidados y tratamientos que han de realizarse en el hogar; etc., en cuyos casos es posible que el profesional brinde al paciente una atención inmediata adecuada para su dolencia y, sin embargo, ocasione errores de comunicación que repercuten en eventos adversos por quebrantar las normas y estándares sobre el correcto manejo de la información.

El numeral 9º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 consagra entre las normas rectoras del servicio público de salud la garantía a los usuarios de una atención de calidad, oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo a los estándares profesionales. Y para lograr una atención segura y de calidad es



imprescindible la capacidad de la organización para transmitir información a otros prestadores, entre su personal, y entre éstos y los pacientes y sus familiares.

La atención de calidad, oportuna, humanizada, continua, integral y personalizada hace parte de lo que la literatura médica denomina “cultura de seguridad del paciente”, que por estar suficientemente admitida como factor asociado a la salud del usuario y por ser un mandato impuesto por la Ley 100 de 1993, es de imperiosa observancia y acatamiento por parte de las empresas promotoras e instituciones prestadoras del servicio de salud, por lo que su infracción lleva implícita la culpa de la organización cuando tal omisión tiene la virtualidad de repercutir en los eventos adversos.

Según los expertos en la materia, existe una cultura de seguridad «cuando hay un esfuerzo organizacional centrado en salvaguardar el bienestar de los pacientes, que cuenta con el compromiso del personal y la jefatura. Todos los involucrados asumen la responsabilidad de la seguridad del paciente y su familia, y el personal de salud se siente seguro al comunicar instancias que comprometen el cuidado de un paciente o la ocurrencia de situaciones adversas». (BARBARA SOULE. Seguridad del paciente).

Para poder realizar un trabajo eficaz, óptimo y conforme a los estándares de la ciencia, las organizaciones proveedoras de servicios médicos tienen el deber legal de implementar la cultura de seguridad del paciente. Esta es una de las operaciones empresariales más importantes para la disminución de errores médicos, y es una variable que cobra gran fuerza en la valoración que el juez civil realiza acerca de la diligencia y el cuidado que debió tener la entidad sobre un proceso respecto del cual ejercía control.

Los flujos eficientes de información son absolutamente importantes para lograr una atención integral, continua y de calidad según los estándares del ámbito médico; siendo la historia clínica uno de los instrumentos más valiosos –si no el máspreciado de todos– para efectos de transmitir una correcta información que redundadirectamente en la salud del usuario. Tan importante como los conocimientos médicos y la pericia profesional al momento de aplicarlos, es la transmisión óptima de ese conocimiento al equipo de trabajo, al paciente y a su familia.

Lo anterior no sólo se debe a la garantía del derecho fundamental a la información, sino, principalmente, a que un quiebre en la comunicación de los profesionales de la salud aumenta enormemente las probabilidades de errores previsibles que la organización tenía el deber de evitar. Ello no es algo que traspase las posibilidades cognitivas de los miembros de la empresa de salud ni es una política que la organización puede adoptar o inobservar a su antojo, sino que es una verdadera obligación jurídica.

En efecto, la Resolución número 1995 de 1999 emanada del Ministerio de Salud, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica, define este instrumento como un documento «en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención».



Con el fin de lograr la eficiente transmisión de la información consignada en la historia clínica, el artículo 5º ejusdem dispone que este documento «debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma».

La complejidad de las enfermedades y la fragilidad de la salud humana muchas veces se traducen en errores o eventos adversos no culposos, pero no hacer nada para evitar la aparición o repetición de tales fallas siendo previsibles y teniendo el personal médico la oportunidad y el deber legal de evitarlas, es constitutivo de culpa. Los errores y fallas médicas no son obra del infortunio sino procesos atribuibles a la organización y al equipo médico; y si bien es cierto que muchos de esos defectos no son previsibles ni producto de la negligencia o descuido, no lo es menos que tantos otros se pueden evitar con un mínimo de prudencia, diligencia o cuidado según los estándares de buenas prácticas de la profesión.

El error al que aquí se alude es el “error negligente”, «más claro aún: el que se origina cuando se quiebran por el agente causante del error los criterios y niveles exigibles y esperables de conducta profesional sanitaria y que, además, como consecuencia del cual se produce [o ha existido el riesgo de que se produzca] en el paciente un efecto lesivo y/o perjudicial. El hecho de que la medicina sea, aún en nuestros días de gran progreso tecnológico, más un arte que una ciencia dura como, por ejemplo, la matemática, la física, la química y que, debido al factor reaccional propio de cada enfermo no pueda predecirse un resultado exacto del tratamiento prescrito para curar una enfermedad o dolencia, NO significa que el “error”, dentro del contexto sanitario en que nos movemos, sea permisible ni tolerable. Muy al contrario, la propia inexactitud e impredecibilidad de las ciencias médicas actuales exigen el agotamiento, la extenuación de la diligencia, de la actividad personal y de la prestación de todos los medios de diagnóstico y tratamiento disponibles, precisamente con el fin de reducir al mínimo posible y tolerable ese margen de inseguridad sobre los resultados». (Gustavo LÓPEZ-MUÑOZ Y LARRAZ. El error sanitario. Madrid, 2003. p. 20)

La culpa de las entidades del sistema de salud y de sus agentes, en suma, se examina en forma individual y en conjunto a la luz de los parámetros objetivos que existen para regular la conducta de los agentes particulares y su interacción con los demás elementos del sistema. El juicio de reproche respecto de cada uno de ellos quedará rebatido siempre que se demuestre su debida diligencia y cuidado en la atención prestada al usuario.

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.

Así lo ha expuesto la Corte Suprema:



«‘(...) los presupuestos de la responsabilidad civil del médico no son extraños al régimen general de la responsabilidad (un comportamiento activo o pasivo, violación del deber de asistencia y cuidado propios de la profesión, que el obrar antijurídico sea imputable subjetivamente al profesional, a título de dolo o culpa, el daño patrimonial o extrapatrimonial y la relación de causalidad adecuada entre el daño sufrido y el comportamiento médico primeramente señalado)’». (CSJ SC de 30 de enero de 2001, rad., n° 5507).

«Justamente, la civil médica, es una especie de la responsabilidad profesional sujeta a las reglas del ejercicio de la profesión de la medicina, y cuando en cualquiera de sus fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los restantes elementos de la responsabilidad civil, hay lugar a su reparación a cargo del autor o, in solidum si fueren varios los autores, pues ‘el acto médico puede generar para el profesional que lo ejercita obligaciones de carácter indemnizatorio por perjuicios causados al paciente, como resultado de incurrir en yerros de diagnóstico y de tratamiento, ya porque actúe con negligencia o impericia en el establecimiento de las causas de la enfermedad o en la naturaleza misma de ésta, ora porque a consecuencia de aquello ordene medicamentos o procedimientos de diversa índole inadecuados que agravan su estado de enfermedad, o bien porque ese estado de agravación se presenta simplemente por exponer al paciente a un riesgo injustificado o que no corresponda a sus condiciones clínico – patológicas’» (CSJ SC 13 de septiembre de 2002, Rad. n°. 6199).

De manera precisa, sobre la responsabilidad de los establecimientos prestadores de salud, asentó:

«Esa responsabilidad no solo se predica de los galenos, en sus diferentes especialidades, pues, los centros hospitalarios están obligados directamente a indemnizar por las faltas culposas del personal a su servicio, toda vez que es a través de ellos que se materializan los comportamientos censurables de ese tipo de personas jurídicas.

«Esto aunado a que la relación entre el centro asistencial y el enfermo es compleja, bajo el entendido de que comprende tanto la evaluación, valoración, dictamen e intervenciones necesarias, como todo lo relacionado con su cuidado y soporte en pos de una mejoría en la salud, para lo que aquel debe contar con personal calificado y expertos en diferentes áreas.

«Por ese motivo, en este tipo de acciones se debe examinar si existe entre las partes una vinculación integral o se prescindió de alguno de los servicios ofrecidos, como puede ocurrir cuando el enfermo se interna en una clínica pero escoge un profesional ajeno a la planta existente, para que se encargue de un procedimiento específico, por su cuenta y riesgo» (CSJ SC 14 de noviembre de 2014, Rad. n° 2008 00469 01).

3. EL DAÑO INDEMNIZABLE



Con los hechos descritos se le han causado perjuicios de orden moral, extra patrimonial y material o patrimonial a mi representada, los cuales a la fecha de presentación de esta demanda no han sido indemnizados. Tales perjuicios son:

3.1. Daño moral:

Las lesiones corporales causadas a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN le han generado un enorme dolor físico y moral, gran tristeza y congoja; todo por los antecedentes expuestos en esta demanda, de ahí que se solicite la indemnización equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, lo que equivale a OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$87.780.300),

3.2. Daño a la Salud:

Que incluye perjuicio psicológico, daño a la vida de relación, daño al proyecto de vida o trayecto vital, daño estético, por cuanto las lesiones corporales causadas a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN le han generado perjuicios en todos estos órdenes, en una cuantía de cien (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes a la fecha de presentación de la conciliación, es decir, OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$87.780.300), pues como lo mencionó el Consejo de Estado:

“Toda intervención quirúrgica supone una serie de actos de alteración del cuerpo del paciente, como la sedación, la ruptura de membranas, entubación, punción, canalización, incisión, la sutura, etc. Después de ella, sigue necesariamente una convalecencia e la que se espera un cierto grado de dolor y malestar en la que por definición, se limita la capacidad del paciente para realizar ciertas actividades y en algunos casos, la misma movilidad. En otras palabras, las intervenciones quirúrgicas, por su propia índole, provocan daños o afectaciones a la salud que si no se reputan antijurídicos es precisamente porque (i) son necesarios para la evitación de un mal mayor y (ii) son conocidos y aceptados por el paciente. Sin embargo, el incumplimiento de estos requisitos hace que lo que en principio es jurídico se torne antijurídico y, por ende, no tenga que ser soportado por el paciente. En este sentido, hay que considerar que el hecho de que la operación sea innecesaria o se torne necesaria por causa imputable al prestador del servicio de salud, muta la naturaleza jurídica del acto quirúrgico”⁸.

3.3. Daños Materiales

3.3.1. Daño Emergente: Debidos a los gastos que se vienen realizando para tratar las lesiones corporales de las que fue víctima la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN.

- **Septiembre 30 de 2016: DOTAMEDICOS-** Factura de Venta No. 0070 \$98.000
- **Octubre 7 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Recibo de Caja \$120.000

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sala Plena, Radicación número: 23001- 23-31-000-2001-00278-01(28804) del 28 de agosto de 2014; M.P. Stella Conto Díaz del Castillo.



- **Octubre 15 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-**
Factura de Venta 0000035643 \$2.446.980
- **Octubre 21 de 2016: DISTRIBUIDORA PASTEUR-** Recibo (TENA PANTS TALLA M) \$26.455
- **Octubre 28 de 2016: MULTIDROGAS FARMACIA-** Recibo (WINADEINE Y ACETAMINOFEN) \$29.000
- **Noviembre 4 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No. 1309 \$120.000
- **Diciembre 1 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1317 \$120.000
- **Noviembre 18 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-**
Factura de Venta 0000036269 \$2.737.500
- **Octubre 10 de 2016: DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS-**
Recibo Provisional de Caja No. 55801 \$295.875
- **Enero 10 de 2017: MARTHA BOTERO URIBE (FISIOTERAPEUTA)-**
Factura de Venta No. 1816 \$410.000
- **Enero 10 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1331 \$120.000
- **Febrero 22 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1349 \$120.000
- **Abril 7 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1364 \$120.000
- **Junio 20 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1392 \$120.000

TOTAL: \$6.883.810=

4. PRETENSIONES

Con fundamento a los hechos y perjuicios descritos, y previo al reconocimiento de mi personería para actuar le formulo al Despacho las siguientes pretensiones.

4.1. Que se declare que SANITAS S.A. E.P.S., y el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISIO DE RISARALDA S.A.S.8, son civil, contractual y solidariamente responsable de los daños y perjuicios (inmateriales y materiales) ocasionados a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN, derivados en la Falla en el Servicio de Enfermería (cuidado y vigilancia del usuario) ocurrida el día 25 de septiembre de 2016.

4.2. Que, como consecuencia de la anterior declaración, condénese a los demandados a indemnizar los daños y perjuicios causados y probados, así:

4.2.1. Daño moral:

Las lesiones corporales causadas a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN le han generado un enorme dolor físico y moral, gran tristeza y congoja; todo por los antecedentes expuestos en esta demanda, de ahí que se solicite la indemnización equivalente a cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes, lo que equivale a OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$87.780.300),

4.2.2. Daño a la Salud:



Que incluye perjuicio psicológico, daño a la vida de relación, daño al proyecto de vida o trayecto vital, daño estético, por cuanto las lesiones corporales causadas a la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN le han generado perjuicios en todos estos órdenes, en una cuantía de cien (100) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes a la fecha de presentación de la conciliación, es decir, OCHENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS TRES PESOS M/CTE (\$87.780.300),

4.2.3. Daño Emergente: Debidos a los gastos que se vienen realizando para tratar las lesiones corporales de las que fue víctima la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN.

- **Septiembre 30 de 2016: DOTAMEDICOS-** Factura de Venta No. 0070 \$98.000
- **Octubre 7 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Recibo de Caja \$120.000
- **Octubre 15 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-** Factura de Venta 0000035643 \$2.446.980
- **Octubre 21 de 2016: DISTRIBUIDORA PASTEUR-** Recibo (TENA PANTS TALLA M) \$26.455
- **Octubre 28 de 2016: MULTIDROGAS FARMACIA-** Recibo (WINADEINE Y ACETAMINOFEN) \$29.000
- **Noviembre 4 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No. 1309 \$120.000
- **Diciembre 1 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1317 \$120.000
- **Noviembre 18 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-** Factura de Venta 0000036269 \$2.737.500
- **Octubre 10 de 2016: DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS-** Recibo Provisional de Caja No. 55801 \$295.875
- **Enero 10 de 2017: MARTHA BOTERO URIBE (FISIOTERAPEUTA)-** Factura de Venta No. 1816 \$410.000
- **Enero 10 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1331 \$120.000
- **Febrero 22 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1349 \$120.000
- **Abril 7 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1364 \$120.000
- **Junio 20 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1392 \$120.000

TOTAL: \$6.883.810=

4.3. Que la condena se haga aplicando los criterios técnicos actuariales, esto es, aplicando el I.P.C. existente al momento de la sentencia y que puede ser consultado en la página Web del DANE (<http://www.dane.gov.co/index.php/precios-e-inflacion/indice-de-precios-al-consumidor>).

4.4. Condénese a los demandados al pago de las costas procesales.

5. JURAMENTO ESTIMATORIO



Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso, se realiza razonadamente y bajo la gravedad del juramento la siguiente estimación de la indemnización, teniendo en cuenta, eso sí, que se discriminará cada uno de los conceptos.

Suma total pedida: La suma total pedida, según lo estimado en las pretensiones anteriores es de: CIENTO OCHENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS (\$182.444.410.00) Mcte.

Valores discriminados

DAÑO	CLAUDIA MARIA GIRALDO MARÍN	SUB TOTAL
MORAL	\$87.780.300	\$87.780.300
A LA SALUD	\$87.780.300	\$87.780.300
EMERGENTE	\$6.883.810	\$6.883.810
GRAN TOTAL		\$182.444.410.00

6. PRUEBAS

Documentales:

1. El poder conferido para la actuación.
2. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN.
3. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora LUZ ELENA MARÍN VELEZ, quien actúa en calidad de madre de la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN.
4. Copia del Registro Civil de Nacimiento de la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN.
5. Copia de la historia clínica de hospitalización de la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN en el Instituto INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISO DE RISARALDA S.A.S.
6. Copia de la historia clínica de hospitalización de la señora CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN en la CLINICA COMFAMILIAR DE PEREIRA.
7. Copia del derecho de petición de fecha 01 de noviembre de 2016 dirigido al INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISO DE RISARALDA S.A.S.
8. Certificado de Existencia y Representación Legal de la entidad denominada INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISO DE RISARALDA S.A.S. emitida por la Secretaría de Salud del Departamento de Risaralda.
9. Certificado de existencia y representación legal de la EPS SANITAS S.A.
10. Copia en medio magnético de la guía práctica clínica para el manejo del episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente.



11. Las siguientes facturas de venta, gastos en los que incurrió la demandante, como consecuencia del perjuicio causado por las demandadas:

- **Septiembre 30 de 2016: DOTAMEDICOS-** Factura de Venta No. 0070 \$98.000
 - **Octubre 7 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Recibo de Caja \$120.000
 - **Octubre 15 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-** Factura de Venta 0000035643 \$2.446.980
 - **Octubre 21 de 2016: DISTRIBUIDORA PASTEUR-** Recibo (TENA PANTS TALLA M) \$26.455
 - **Octubre 28 de 2016: MULTIDROGAS FARMACIA-** Recibo (WINADEINE Y ACETAMINOFEN) \$29.000
 - **Noviembre 4 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No. 1309 \$120.000
 - **Diciembre 1 de 2016: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1317 \$120.000
 - **Noviembre 18 de 2016: RAMIREZ Y CIA. HOTEL PINARES PLAZA SCA-** Factura de Venta 0000036269 \$2.737.500
 - **Octubre 10 de 2016: DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE SAS-** Recibo Provisional de Caja No. 55801 \$295.875
 - **Enero 10 de 2017: MARTHA BOTERO URIBE (FISIOTERAPEUTA)-** Factura de Venta No. 1816 \$410.000
 - **Enero 10 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1331 \$120.000
 - **Febrero 22 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1349 \$120.000
 - **Abril 7 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1364 \$120.000
- Junio 20 de 2017: FRANCISCO JOSE FLOREZ RAMIREZ-** Factura de Venta No.1392 \$120.000

12. Dictamen pericial por la Enfermera profesional SANDRA MILENA AGUDELO.

Testimoniales:

- **Juan Carlos Salazar:** C.C. 10.106.825. Dirección electrónica: carlosvalencia0630@gmail.com
- **Álvaro Castañeda:** C.C. 18.516.320. Dirección electrónica: linaochoa55@gmail.com
- **Patricia Henao Correa:** C.C. 42.006.833. Dirección electrónica: parra.bedoya30@hotmail.com
- **Gustavo Ríos Ospina:** C.C. 16.219.883. Dirección electrónica: andreachamorreruiz@outlook.com

6.1. SOLICITUD PROBATORIA:



Interrogatorio de Parte:

En atención al contenido del artículo 198 de la Ley 1564 de 2012, solicito se decrete como prueba, el interrogatorio de la señora CLAUDIA MARÍA GIRALDO MARÍN, quien actúa como parte demandante en el presente proceso, para que absuelva el interrogatorio que le formulará su apoderado judicial, con el propósito de conocer con mayor rigor sobre los fundamentos fácticos que dieron origen a la solicitud de la pretensión que en este escrito se formula.

Solicitamos al H. despacho se sirva decretar y recepcionar interrogatorio de parte del representante legal del INSTITUTO DEL SISTEMA NERVISIO DE RISARALDA S.A.S. y de la co-demandada EPS SANITAS S.A.; para que absuelvan el cuestionario de preguntas que, de forma verbal o en sobre cerrado, formularé en la audiencia fijada por el Despacho para tal fin, por lo que le solicito se les informe que deben tener conocimiento de causa en lo atinente a los eventos aquí discutidos.

Prueba oficiosa: Las que Usted, señor Juez, considere necesarias.

7. DERECHO

Fundamentamos la presente demanda en los Arts 1494, 1495, 1613, 1614, 2342, 2343, 2344 del C.C. y el Art. 1133 del C. Ccio. Artículos 20,206, 368 del Código General Del Proceso.

8. CUANTIA Y COMPETENCIA

Por ser un proceso Verbal de Mayor cuantía cuyas pretensiones son superiores a los ciento cincuenta salarios mínimos legales mensuales vigentes (150 smlmv) <Art. 25 Ley 1564 de 2012>, al cual debe dársele el trámite de las normas del proceso Verbal y, por ser la ciudad de Pereira el domicilio de, al menos, uno los demandados y el municipio donde ocurrió la presuntiva responsabilidad médica, es esa autoridad judicial la competente para conocer de este asunto.

9. ANEXOS

Copia de la demanda para la actuación del Despacho y copia de la misma y sus anexos para el traslado a los demandados.

10. NOTIFICACIONES

➤ **Las demandadas:**

Razón Social: INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL RISARALDA S.A.S

Nit.: 800082446-4

Representante Legal: JIMMY ALEXANDER RIOS PALACIO

Documento de Identidad: 9.764.458

Dirección de Correspondencia: CALLE 11 No. 23-31 Barrio Álamos – Pereira

Dirección electrónica: gerencia@institutosistemanervioso.com

No. Teléfono: (6) 321 24 32 – 321 11 67



Razón Social: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.
Nit.: 800251440-6
Representante Legal: MARIA ISABEL ROJAS LEIVA
Documento de Identidad: 52.073.039
Dirección de Correspondencia: Ac 100 No. 11B – 95, Bogotá D.C.
Dirección electrónica: notificajudiciales@keralty.com
No. Teléfono: (1) 646 6060

➤ **La demandante:**

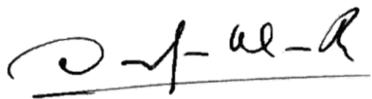
CLAUDIA MARIA GIRALDO MARIN
Dirección de Correspondencia: Calle 39 A #1B- 04 Cartago – Valle.
Dirección electrónica: grupojuridicosaviocartago@gmail.com
No. Teléfono: 314 755 9251

➤ **El suscrito Apoderado:**

En la calle 12 No. 3-69 Piso 2 de Cartago, teléfono móvil: 313-6083638 o en la secretaría de su Despacho.

Dirección de correo electrónico: notificacionsavioabogados@gmail.com

Atentamente,



DIEGO JAVIER MESA RADA
C.C. Núm. 6.240.871 de Cartago.
T.P. Núm. 158.459 del C. S. de la J.

PREAMBULO

SANDRA MILENA AGUDELO AGUDELO, mujer, con 34 años de edad, identificada con cédula de ciudadanía número 1.113.593.641 expedida en Obando, Valle del cauca con número celular 315 736 7333 domiciliada en Bogotá D.C. con dirección de calle 97 # 71c20 de Bogotá D.C. y correo electrónico sandraagudelo.agudelo@gmail.com; actualmente vinculada laboralmente con Fundación Clínica Shaio, como enfermera jefa.

Título obtenido como enfermera en la ciudad de Pereira el 11 diciembre 2020 tarjeta profesional número 1113593641, candidata a título de posgrado en enfermería en urgencias en la fundación universitaria de ciencias de la salud FUCS. Con 10 años de experiencia laboral.

FORMACION ACADÉMICA

BÁSICOS:

PRIMARIA: Escuela Manuela Beltrán de Obando Valle

SECUNDARIA: Institución Educativa Colegio San José de Obando Valle

UNIVERSITARIOS

PREGRADO: Fundación Universitaria del Área Andina

TITULO OBTENIDO: Enfermera

POSGRADO

POSGRADO: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS

TITULO: Candidata a título de Enfermería en Urgencias

OTROS ESTUDIOS:

TECNICO: Instituto Técnico Educando a Colombia

TITULO: Auxiliar de Enfermería

EXPERIENCIA LABORAL

FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIQ BOGOTÁ (Actual)

Enfermera jefa en el servicio de urgencias

Tiempo Laborado: agosto de 2021 - actualidad

ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE (CARTAGO, VALLE DEL CAUCA)

Auxiliar de enfermería – Data Entry

Tiempo Laborado: enero 2019 - febrero 2020

enero 2021- abril 2021

Funciones y Logros: Gestión de información, recolección y calidad del dato en historias clínicas para el reporte anual de pacientes oncológicos a la cuenta de alto costo.

Jefe Inmediato: Dra. Nathalia Castrillón Valencia

Teléfono: 314 782 3003

UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO UCIVALLE (CARTAGO, VALLE DEL CAUCA)

Auxiliar de enfermería UCI

Tiempo Laborado: Julio 2018 - diciembre 2018

Funciones y Logros: asistencia en el cuidado del paciente adulto críticamente enfermo

Jefe Inmediato: Enfermera Vanessa Granada

Teléfono: 210 67 67 ext. 126

CLINICA COMFANDI CARTAGO (nivel III)

Auxiliar de enfermería

Tiempo Laborado: octubre 2013 – mayo 2018

Funciones y Logros: asistencia en el cuidado del paciente en el área de urgencias, reanimación, hospitalización, observación urgencias, servicio de ginecoobstetricia, asistencia en la atención del parto, unidad de trauma, sala de yesos y recuperación de cirugía

Jefe Inmediato: Enfermero Fernando Andrés Arango

Teléfono: 2113349 ext. 107

HOSPITAL LOCAL OBANDO

Auxiliar de Enfermería

Tiempo Laborado: septiembre 2011- febrero 2013

Funciones y Logros: asistencia del paciente en el servicio de urgencias y hospitalización

Jefe Inmediato: Enfermera Rocío Ivonne Mazeneth

Teléfono: 205 3111 ext. 128

HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE CARTAGO

Auxiliar de Enfermería urgencias

Tiempo Laborado: agosto 2010 – septiembre 2011

Funciones y Logros: asistencia del cuidado del paciente en el servicio de urgencias, observación urgencias y reanimación
Jefe Inmediato: Carolina Danchery Posso
Teléfono: 313 695 0776

Bajo la gravedad del juramento la suscrita perito afirma que no se encuentra incurso en ninguna de las causales contenidas en el artículo 50 del Código General del Proceso. Motivo por el cual respondo así a las siguientes preguntas:

¿Tiene sentencia ejecutoriada condenatoria por la comisión de delitos contra la administración de justicia o la Administración Pública? **NO**

¿Ha sido sancionado por la Sala Jurisdiccional Disciplinaria del Consejo Superior de la Judicatura o sus Seccionales? **NO**

¿Le han suspendido o cancelado la matrícula o licencia? **NO**

¿Al momento de rendir el dictamen se encuentra ejerciendo un cargo oficial? **NO**

¿Se encuentra incapacitado física o mentalmente? **NO**

ANTECEDENTES:

HISTORIA CLINICA

Se revisa la historia clínica Núm. 51814883 de la paciente **Claudia María Giraldo Marín**, de **género:** femenino con **fecha de nacimiento:** sábado, 16 de abril de 1966 y una **edad de:** 48 año(s) 11 mes(es) 29 día(s); identificada con la cédula de ciudadanía **número:** 51.814.883; **residenciada** en: la finca santa martha vía El Mirador en la **ciudad:** Pereira (Risaralda); número de **teléfono(s):** 314 755 9251 y 311 784 7652.

Afiliada a **seguridad social** mediante la **entidad:** ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. – E.P.S. SANITAS. **Tipo de afiliado:** cotizante y **tipo de usuario:** régimen contributivo cotizante **plan**

Claudia María Giraldo Marín es remitida de la Clínica Los Rosales por descompensación de su patología mental e ingresa a la Unidad de Cuidados Agudos del **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** acompañada de su señora madre el día 21 de septiembre de 2016 y egresa de la CLÍNICA COMFAMILIAR el día 1º. de octubre de 2016.

Y en su historia clínica se observan las siguientes anotaciones

- **Primera consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en abril 15 de 2015**

Paciente en seguimiento desde hace varios años no dice cuántos por psiquiatría dado el consumo de sustancia psicoactivas trabaja como artista vive sola, tiene un hijo de 17 años de edad e ingresa a esta institución remitida para valoración pos psiquiatría

- **Segunda consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en 27 de marzo de 2015**

¿Asistió sola al control, mala red de apoyo??

- **Tercera consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.**

Asistió a consulta, regular en su presentación personal, con llanto labil

- **Cuarta consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en 29 de julio de 2015**

Asistió nuevamente sola al control, con fluctuaciones en su estado de ánimo con sintomatología dolorosa por su antecedente de fibromialgia, aquí dan cita en 2 meses ya que en las anteriores asistió a control cada mes y siempre se dio egreso con fórmula médica.

- **Quinta consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en 14 de octubre de 2015**

Asiste sola al control, con ideas de minusvalía, con exacerbación de su sintomatología, está en crisis, pero no acepta la hospitalización

- **Sexta consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en 28 de octubre de 2015**

Asiste sola nuevamente, refiriendo estar en crisis, aquí dan cita en 15 días por psiquiatría

- **Séptima consulta en el INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. en 4 de noviembre de 2015**

Asiste sola a la consulta, tristeza e ideas paranoidales

8va 18 de noviembre 2015

asistió acompañada, cita de control en 1 mes

2 de diciembre 2015

asiste acompañada

23 diciembre 2015, aquí hay mejoría de sus síntomas dan consulta en 3 meses

*****2016*****

9ª. consulta 10 de febrero 2016 igual sintomatología dan cita en 2 meses

10ma consulta 2 de marzo de 2016 asiste sola a control, insomnio, se queja e incontinencia urinaria m refiere sentirse un poco sedada

6 de abril, asiste sola a control

4 de mayo, asiste acompañada

18 de mayo, asiste sola al control, e informa que no pudo ingresar al hogar geriátrico ya que no cuenta con la edad, vive sola con una perrita, con alucinaciones que le dice que no se toma los medicamentos

22 de junio, asiste sola, manifiesta sentirse muy mal ya que el hijo regreso y la amenaza con embargarle la pensión para que le de dinero, está en crisis

27 de julio 2016, asiste sola, refiere sentirse mejor, cita en 2 meses

24 de agosto, asiste sola preocupada su hijo se encuentra en centro de rehabilitación de drogas

21 septiembre ingresa a unidad de cuidado agudos

llega remitida de clínica los rosales por descompensación de su patología mental de base hospitalizan por trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo con síntomas psicóticos persistentes se decide hospitalizar con doloxetina, olanzapina, lorazepam iniciaron tratamiento pero contraremiten a clínica comfamiliar por complicaciones no dice cuáles que presenta la paciente e indican continuar tratamiento cuando su parte organica compense

2021 hace consulta por telemedicina y la paciente refiere que no desea recibir antipsicóticos

presenta lesión en piel de pabellón auricular

*****25 de septiembre las 23: 28 hras *****

paciente sufre caída desde su propia altura al pasar al baño a pesar de que tiene pañal estaba somnolienta por el efecto de medicamentos refiere dolor en región inguinal

plan: rx de cadera para descartar fractura oculta de cadera ya que por clínica la paciente no presentó acortamiento de miembro inferior afectado (derecho)

a las 6: 33 am continua álgida, con limitación funcional, sin acortamiento de extremidades refiere dolor intenso pos caída en cadera derecha, no permite valoración de arcos de movimiento, se moviliza hacia los laterales en la cama al cambio de pañal por pate de enfermería

Solo hasta las 6: 33am hay nota de que debe realizarse rx de cadera porque hay dolor a los arcos de movimientos a pesar de que no hay signos de trauma ni acortamiento de miembro inferior afectado: así no hubiesen signos clínicos de fractura de cadera la conducta inmediata fue iniciarle tramite de remisión o llevarla en traslado primario luego de la caída a una ips para que le fuese tomada una placa de rx para descartar fractura

de cadera pero documentado por reporte oficial de imágenes diagnósticas, mas no por clínica en este caso; la paciente fue aceptada en clínica comfamiliar

MARCO TEÓRICO:

I. CAÍDAS:

Según la guía técnica de Procesos para la Prevención y Reducción de la Frecuencia de Caídas emitida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia: “Las caídas son el incidente de seguridad más común en pacientes hospitalizados”¹; alcanzan un 32% de los reportes de la totalidad de incidentes relacionados con seguridad del paciente, siendo la primera causa de muerte relacionada con lesión No intencional, hasta el punto que el 20% de las personas mayores que sufren fracturas de cadera se mueren en un año².

Según el Protocolo de Prevención de Caídas de Pacientes - Área Asistencial del Hospital de la Vega, Cundinamarca una caída puede definirse como: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”³ y que genera un evento adverso⁴, que en la mayoría de los casos es prevenible.

Las caídas se pueden clasificar como:

A. “Accidentales: Son involuntarias, no predecibles, no es culpa del paciente y caen por la presencia de condiciones causantes como: Derrames en el suelo, desorden, **Iluminación inadecuada**, muebles inestables, fallas de equipo, error de juicio, **tropezón, marcha anormal o débil, marcha con arrastre de los pies.**

B. Fisiológicas anticipadas: Se presentan por tropezones o resbalón en pacientes

¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

² Ídem.

³ <https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO-CAIDA-DE-PACIENTES.pdf>

⁴ Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (<https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO-CAIDA-DE-PACIENTES.pdf>)

con: Antecedentes de caídas, dificultades para caminar, **incapacidad mental o cognitiva, pacientes con necesidad de auxiliares para acompañar la marcha**, pacientes con líquidos endovenosos en porta sueros y sonda vesical.

- C. Caídas fisiológicas no anticipadas: No se esperan y no son predecibles la primera vez y el objetivo es prevenir una segunda caída; se presentan en pacientes con: Desmayos o mareos, ataques epilépticos, fracturas patológicas de cadera, medicamentos (Hipertensivos, diuréticos)⁵.

Es deber de cada entidad establecer el riesgo de caída en sus pacientes.

II. COMPLICACIONES RELACIONADAS COMO CONSECUENCIA DE LAS CAÍDAS:

Las consecuencias directas de la caída son diversas, sin embargo, deben evitarse las caídas a toda costa, ya que pueden ir desde lesiones menores, hasta la muerte de la persona.

El Ministerio de Salud estableció que:

“Las consecuencias directas de la caída pueden variar de lesiones menores a pequeños hematomas (28%), a severas lesiones de tejido blando 11.4% y fracturas de huesos (5%). La fractura de cadera es la complicación más seria, en 20% de los casos esta fractura lleva a inmovilidad, y de 14 a 36% de los casos lleva a muerte en un año.

... Las caídas en las personas mayores pueden causar incapacidad permanente o muerte y son particularmente susceptibles los pacientes ancianos en hospitales de rehabilitación”⁶

III. PROTOCOLO EN CASO DE CAÍDA:

⁵ Ídem.

⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>

En caso de caída se puede decir que el siguiente es protocolo estándar a seguir:

1. “Avisar inmediatamente al médico tratante, quien realizará la valoración médica y se tomarán las medidas necesarias (Rx, laboratorios, TAC, curación, sutura).
2. El médico tratante o enfermera diligenciará el formato de evento adverso de acuerdo a procedimiento.
3. El médico tratante informará a la familia del paciente sobre el evento ocurrido.
4. Realizar los registros correspondientes en la historia clínica del paciente (evolución, notas de enfermería) registrando fecha, hora, especificando si el paciente se encontraba acompañado, en qué grado de riesgo de caída se había clasificado, diagnóstico, descripción del evento ocurrido, médico que valoró al paciente, consecuencias de la caída, tratamiento.”⁷

IV. ARTROPLASTIA DE CADERA

La fractura de cadera es una de las patologías graves más comunes en personas de la tercera edad⁸ por cuanto resulta altamente invalidante y, normalmente, requiere del reemplazo de la cadera.

“La artroplastia total de la cadera es una de las cirugías reconstructivas articulares que más se realizan en todo el mundo y aunque se ha perfeccionado la técnica quirúrgica a través de los años, es innegable que aún se continúan presentando algunas complicaciones, las cuales incrementan tanto los riesgos para los pacientes como los costos institucionales y del sistema de salud de los diferentes países⁹.”

Dentro de las principales complicaciones que se pueden encontrar cuando se realiza una artroplastia son: “insuficiencia respiratoria, imposibilidad para colocar el implante, luxación de la prótesis de cadera, síndrome anémico, protusión acetabular, sepsis, infección prótesis, cushing farmacológico, discrepancia de longitud de las extremidades, dolor, dificultad para la marcha, neumonía nosocomial, insuficiencia renal y fractura

⁷ <https://eselavega-cundinamarca.gov.co/wp-content/uploads/2020/05/PROTOCOLO-CAIDA-DE-PACIENTES.pdf>

⁸ <https://www.studocu.com/co/document/universidad-manuela-beltran/terapia-ocupacional/guia-de-fractura-de-cadera/64576277>

⁹ <https://sccot.org.co/pdf/RevistaDigital/20-02-2006/08Complicaciones.pdf>

periprotésica. Mortalidad del 4.6%, luxaciones de cadera en 10.8% e infecciones en 9.2% las cuales están por encima de lo reportado en las diferentes series¹⁰.”

Sumado a ello las secuelas desde el orden psicológico, por cuanto es proceso doloroso y lento (varía desde los 4 hasta los 12 meses¹¹, dependiendo de la evolución del paciente); además, durante el proceso de recuperación requiere el uso de caminador o muletas y, en la mayoría de ocasiones (por la edad del paciente) precisa de apoyo familiar para algunas de las labores diarias, incluyendo bañarse y vestirse, en las primeras semanas.

¹⁰ <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/121>

¹¹ <https://www.traumavance.com/protesis-cadera-postoperatorio-rehabilitacion/#:~:text=Se%20estima%20que%20una%20persona,primeros%206%20y%2012%20meses.>

HALLAZGOS:

Una vez revisada toda la historia clínica aportada por la señora **Claudia María Giraldo Marín** identificada con la cédula de ciudadanía número: **51.814.883**, sobre la atención realizada en el **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S. Y LA CLÍNICA COMFAMILIAR - RISARALDA** se puede encontrar una paciente de 48 años sexo femenino con fractura de cadera en el cuello femoral, a quien se realizó reemplazo total de cadera realizado en **LA CLÍNICA COMFAMILIAR - RISARALDA**; la fractura de cadera se da por caída desde su propia altura cuando estaba hospitalizada en el **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** donde estaba hospitalizada por trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo con síntomas psicóticos persistentes con un amplio historial, fibromialgia, bronquiectasia bilateral y fibrosis, consumidora de marihuana (1 tabaco a la semana); al momento de la caída la paciente tenía orden médica de vigilancia estrecha por riesgo suicida debido a ideas sobrevaloradas de minusvalía de discapacidad con ideas de muerte y suicidio (estructuradas).

Sumado a ello la señora **Claudia María Giraldo Marín** cuenta con antecedentes de cáncer y depresión (varios suicidas) en la familia paterna, así como diabetes y párkinson en la familia materna.

Resulta importante resaltar como la paciente **Claudia María Giraldo Marín** ingresa a la unidad de cuidado agudos del **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** remitida de clínica los rosales por descompensación de su patología mental de base.

En el **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** se le hospitaliza el día 21 de septiembre de 2022 con varios medicamentos: doloxetina, olanzapina,

lorazepam, estableciendo que tiene “ideas de minusvalía y desesperanza, con ideas de muerte y suicidas no estructuradas, juicio y raciocinio debilitado”; llegando a la conclusión que tiene “marcada alteración del afecto con ideas de muerte fija...riesgo suicida alto” y por lo tanto “...vigilancia estrecha por riesgo suicida...”.

No existe ni un solo registro por parte del personal de enfermería en la fecha y hora en que ocurrió la caída ni en esa noche (la caída ocurrió el 25 de septiembre de 2016 a las 23:30 horas); el siguiente registro por parte del personal de enfermería se da hasta el día siguiente (26 de septiembre de 2016 a las 06:03 horas) donde se señala que “se la asiste a la colocación del pañal se le insiste que se vaya a levantar (sic) pero la paciente refiere que orina mucho que tranquila que más tarde se le cambia el pañal (sic)”

DISCUSION

Una vez revisada toda la historia clínica aportada por la señora historia clínica Núm. 51814883 de la paciente **Claudia María Giraldo Marín**, de **género: femenino** con **fecha de nacimiento: sábado, 16 de abril de 1966** y una **edad de: 48 año(s) 11 mes(es) 29 día(s)**; identificada con la cédula de ciudadanía **número: 51.814.883**, la discusión se centra en conocer si existieron fallas en la atención atribuible al personal adscrito al **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** en relación con la caída que desde su propia altura sufrió la señora **Claudia María Giraldo Marín**, así como en la atención posterior a este evento.

En prLa caída desde su propia altura sufrida por la señora **Claudia María Giraldo Marín**, es uno de los incidentes más comunes en pacientes hospitalizados, por ello existen protocolos que buscan evitar esa clase de circunstancias minimizando el riesgo de su ocurrencia.

Para una institución que presta servicios de salud con pacientes psiquiátricos, es inaceptable y resulta una clara falla en el servicio exponer a los pacientes al riesgo que genera la desatención en los protocolos para evitar las caídas, especialmente aquellos pacientes como la señora **Claudia María Giraldo Marín**, quien debido a su sintomatología requería vigilancia estrecha dadas sus marcadas “ideas de minusvalía” y su “riesgo suicida alto”; al igual que al tratamiento prescrito, al momento de la caída estaba bajo el efecto de medicamentos cuyos efectos fácilmente pueden generar caídas de tipo accidental o fisiológico anticipado, como el ocurrido en las instalaciones del **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** el día 25 de septiembre de 2016 a las 23:30 horas.

Si bien es cierto la paciente contaba con un con un pañal, desde el punto de vista clínico ello es insuficiente para evitar la caída desde propia altura, ya que se trataba de una paciente psiquiátrica, quien al momento de la caída contaba con casi 49 años de edad, que se despierta en medio de la noche (probablemente desubicada), bajo los efectos de medicamentos psiquiátricos que tienen diversos efectos (como se analizará adelante), debió estar acompañada, pues requería vigilancia estrecha dadas sus marcadas “ideas de minusvalía” y su “riesgo suicida alto”.

Además, el **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** debió reforzar los cuidados de personal de enfermería durante la administración de medicamentos y con posterioridad, ya que durante la vida media de los medicamentos que se le estaban aplicando se podía generar los siguientes efectos adversos:

- En el caso de la Duloxetina con vida media de entre 8 y 17 horas: Dolor de cabeza, náuseas, diarrea, boca seca, sudoración excesiva, nerviosismo, **inquietud, fatiga, somnolencia o problemas para dormir (insomnio)**. Medicamento que se elimina a través de la orina.

- La Duloxetina fue cambiada por Carbamazepina el día 22 de septiembre de 2016, con vida media inicial de 25 a 65 horas y, en dosis repetidas, una vida media de 12 a 17 horas: **mareos, somnolencia, pensamiento anómalo**, dificultad para hablar, temblor incontrolable de una parte del cuerpo, estreñimiento, boca seca, **problemas de marcha y coordinación.**
- Para la Olanzapina: En las concentraciones plasmáticas se adquieren aproximadamente en una semana y su vida media de eliminación varía entre 21 a 54 horas: **Somnolencia, mareos, alteraciones visuales y disminución de la capacidad de reacción**; así como hipotensión, bradicardia y síncope.
- El Lorazepam: se tarda entre 30 minutos a 3 horas y sus efectos son alcanzados máximo 4 horas después de la administración, tiene una vida media de 12 a 16 horas: potencia efectos de inhibición sináptica, **daña la coordinación, la velocidad y la exactitud.** Puede tener reacciones adversas: **desorientación, ataxia, mareos, debilidad, letargia.**

Regresando a la discusión sobre el tema de la vigilancia estrecha requerida por la señora **Claudia Maria Giraldo Marín** gracias a sus marcadas “ideas de minusvalía” y su “riesgo suicida alto”, se debe resaltar que los funcionarios del **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** desconocen en la misma historia clínica tal requerimiento, como lo indica la siguiente nota de enfermería:

“*****paciente que se recibe en sala de televisión consciente, orientada lenguaje coherente, poco comunicativa afecto disminuido, movilizándose en la unidad por sus propios medios, se integra con los demás pacientes, no presenta crisis durante el turno, **paciente sin riesgo**, acepta y tolera medicamentos, durante la noche se observa de buen patrón del sueño. paciente queda hemodinamicamente estable de afecto disminuido. *****

Profesional aplica: cesar augusto aristizabal”

Es inidóneo haber señalado que la señora **Claudia María Giraldo Marín** era una paciente **sin riesgo suicida** cuando contaba con una ideación suicida con plan estructurado, según la misma historia clínica; esa sola circunstancia varía indudablemente, la conducta y la atención del personal de enfermería sobre el paciente a bajo su cuidado.

De igual manera, el personal de enfermería denota falta de diligencia, pues al observar las notas de enfermería es inexistente el registro inmediato de la caída que desde su propia altura sufrió la señora **Claudia María Giraldo Marín**, ya que el suceso lo registra el auxiliar de enfermería que llega en la mañana a recibir el turno de nombre José Wilmer Gil Hurtado, especialidad: auxiliar de enfermería D.I.: 18590743, quien, adicionalmente anotó que a la paciente se le administraron los medicamentos en el turno de la noche que ocurrió el evento, es decir, que la señora **Claudia María Giraldo Marín** si estaba bajo los efectos de los medicamentos al momento de ocurrir el evento adverso, que por cierto, aunque que el personal médico documentó la caída **No hay evidencia del cumplimiento del deber de reportar el evento adverso ni del inicio de la investigación del evento adverso** ni de los resultados de esa investigación.

CONCLUSIÓN:

En conclusión, en el caso de la paciente **Claudia María Giraldo Marín**, de **género:** femenino con **fecha de nacimiento:** sábado, 16 de abril de 1966 y una **edad de:** 48 año(s) 11 mes(es) 29 día(s); identificada con la cédula de ciudadanía **número:** 51.814.883 se puede definir que la caída desde su propia altura era un evento previsible y evitable, siempre que el personal de enfermería adscrito al **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.** hubiera seguido las órdenes médicas de manera diligente, especialmente la vigilancia estrecha.

De otro lado, el personal de enfermería adscrito al **INSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA S.A.S.**, ya sea por desconocimiento o descuido, dejó de lado los protocolos mínimos para pacientes con riesgo de caídas desde su propia altura por razones accidentales o fisiológicas, habiendo descuidado una paciente con tratamiento de psiquiatría, quien se encontraba bajo los efectos de varios medicamentos que generan mareos, problemas en la coordinación y en la marcha, desorientación, debilidad, entre otros, circunstancias que de haber sido tenidas en cuenta hubieran disminuido el riesgo de la caída y los daños sufridos por la paciente.



SANDRA MILENA AGUDELO
ENFERMERA JEFE
Tarjeta Profesional 1113593641

BIBLIOGRAFIA

1. Di Nisio M, van Es N, Büller HR. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Lancet*. 2016;388(10063):3060-3073. (DOI:10.1016/S0140-6736(16)30514-1)
2. Hirsh J, Hoak J. Management of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Circulation*. 1996;93:2212-2245.
3. Shapiro SS. Treating thrombosis in the 21st century. *N Engl J Med*. 2003;349(18):1762-4. 2. Mannucci PM. Venous thrombosis:the history of knowledge. *Pathophysiol Haemost Thromb*. 2002;32(5-6):209-12.3.
4. Vázquez FJ. Reseña histórica de la enfermedad tromboembólica venosa. *Rev Hosp Ital B. Aires*. 2011;31:3.
5. Saha P, Humphries J, Modarai B. Leukocytes and the natural history of deep vein thrombosis, arteriosclerosis. *Thrombosis and Vascular Biology*. 2011;31:506-512.
6. Harvey RL, Roth EJ, Yarnold PR, Durham J, Green D. The use of plasma d-dimer level as a screening test in the rehabilitation setting. *Stroke*. 1996;27:1516-1520.
7. Bates SM, Ginsberg JS. Clinical practice. Treatment of deep-vein thrombosis. *N Engl J Med*. 2004;351(3):268-77.
8. Moser KM, Fedullo PF, LitteJohn JK. Frequent asymptomatic pulmonary embolism in patients with deep venous thrombosis. *JAMA*. 1994;271(3):223-5.
9. Gavish I, Brenner B. Air travel and the risk of thromboembolism. *Intern Emerg Med*. 2011;6(2):113-6.
10. Bevis PM, Smith FCT. Deep vein thrombosis. *Surgery (Oxford)*. 2016;34(4):159-64.

11. Cuenca J, Ramos G, Morales M. Estratificación del riesgo de trombosis y profilaxis. *Cirugía Plástica*. 2019;29(1):35-50. (DOI:dx.doi.org/10.35366/CP191C)
12. Tan M, Mol G, Kees van Rooden J, et al. The diagnostic management of recurrent deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Semin Respir Crit Care Med*. 2012 Apr;33(2):151-5. (DOI:10.1055/s-0032-1311798).
13. Bauersachs RM. Clinical presentation of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2012;25(3):243-51.
14. Haeger K. Problems of acute deep venous thrombosis. I. The interpretation of signs and symptoms. *Angiology*. 1969;20(4):219-23.
15. Robert-Ebadi H, Righini M. Management of distal deep vein thrombosis. *Thromb Res*. 2017;149:48-55.
16. Bernardi E, Camporese G. Diagnosis of deep-vein thrombosis. *Thrombosis Research*. 2018;163:201-206. doi:10.1016/j.thromres.2017.10.006
17. Kafeza M, Shalhoub J, Salooja N, Bingham L, Spagou K, Davies AH. A systematic review of clinical prediction scores for deep vein thrombosis. *Phlebology: The Journal of Venous Disease*. 2016;32(8):516-531.
18. Olaf M, Cooney R. Deep venous thrombosis. *Emerg Med Clin N Am*. 2017;35:743-770.
19. American College of Emergency Physicians (ACEP), Clinical Policies Committee, ACEP Clinical Policies Subcommittee on Suspected Lower-Extremity Deep Venous Thrombosis. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting with suspected lower-extremity deep venous thrombosis. *Ann Emerg Med*. 2003;42(1):124-35.
20. National Clinical Guideline Centre (UK). Venous thromboembolic diseases: the management of venous thromboembolic diseases and the role of thrombophilia testing [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2012.

Available at:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132796/>. Accessed July 28, 2017.

21. Schouten HJ, Geersing GJ, Koek HL, Zuithoff Nicolaas PA, Janssen Kristel JM, Douma RA, et al. Diagnostic accuracy of conventional or age adjusted D-dimer cut-off values in older patients with suspected venous thromboembolism:systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013;346:f2492 (DOI:10.1136/bmj.f2492)
22. Needleman L, Cronan JJ, Lilly MP , Merli GJ , Adhikari S, Barbara S, et al. Ultrasound for lower extremity deep venous thrombosis. *Circulation*. 2018;137:1505-1515 (DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030687)
23. Messas E, Wahl D, Pernod G;Collège des Enseignants de Médecine Vasculaire. [Management of deep-vein thrombosis:A 2015 update]. *J Mal Vasc*. 2016;41(1):42-50.
24. Huisman MV, Klok FA. Diagnostic management of acute deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *J Thromb Haemost*. 2013;11:412-22. [
25. Adhikari S, Zeger W, Thom C. Isolated deep venous thrombosis:implications for 2-point compression ultrasonography of the lower extremity. *Ann Emerg Med*. 2015;66(3):262-6.
26. Guideline developed in collaboration with the American College of Radiology, Society of Pediatric Radiology, Society of Radiologists in Ultrasound. AIUM practice guideline for the performance of peripheral venous ultrasound examinations. *J Ultrasound Med*. 2015;34(8):1-9.
27. Mismetti P, Baud JM, Becker F, Belmahdi F, Blanchard P, Constans J, et al. Recommandations de bonne pratique :prévention et traitement de la maladie thrombo-emboliqueveineuse en médecine. *J Mal Vasc*. 2010;35:127-36.
28. Galanaud JP, Righini M, QuéréI. Compression stockings toprevent post-thrombotic syndrome. *Lancet*. 2014;384:129.

29. Kearon C, Ginsberg JS, Julian JA, Douketis J, Solymoss S, Ockelford P, et al. Comparison of fixed-dose weight-adjusted unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin for acute treatment of venous thromboembolism. *JAMA*. 2006;296:935-42.
30. Ruff CT, Giugliano RP, Braunwald E, Hoffman EB, Deenadayalu N, Ezekowitz MD, et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2014;383(9921):955-962.
31. Erkens PM, Prins MH. Fixed dose subcutaneous low molecular weight heparins versus adjusted dose unfractionated heparin for venous thromboembolism. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;9:CD001100
32. Linkins LA. Treatment and prevention of heparin-induced thrombocytopenia. *Chest*. 2012;141:e495S.
33. Heidbuchel H, Verhamme P, Alings M. Updated European Heart Rhythm Association practical guide on the use of non-vitamin K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. *Europace*. 2015;17:1467-507.
34. Palareti G, Cosmi B, Legnani C, Antonucci E, De Micheli V, Ghirarduzzi A, et al. D-dimer to guide the duration of anticoagulation in patients with venous thromboembolism: a management study. *Blood*. 2014;124(2):196-203.
35. Farge D, Frere C, Connors JM, Ay C, Khorana AA, Munoz A, et al. 2019 International Clinical Practice Guidelines (ITAC-CPGs) for the Treatment and Prophylaxis of Venous Thromboembolism in Patients with Cancer. *Lancet Oncol*. 2019;20(10):e566-e581.
36. Kearon C, Akl EA, Ornelas J. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016;149(2):315-52.
37. Galanaud J-P, Monreal M, Kahn SR. Predictors of the post-thrombotic syndrome and their effect on the therapeutic management of deep vein thrombosis. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2016;4(4):531-4.

38. Onuoha CU. Phlegmasia cerulea dolens: a rare clinical presentation. *Am J Med.* 2015;128(9):e27-8.
39. Cook RJ, Ashton RW, Aughenbaugh GL, Ryu JH. Septic pulmonary embolism: presenting features and clinical course of 14 patients. *Chest* 2005;128: 162-6.
40. Lin MY, Rezai K, Schwartz DN. Septic pulmonary embolism and bacteriemia associated with deep tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Clin Microbiol* 2008; 46: 1553-5
41. CHAMA-NARANJO, Alfredo; BECERRA-BELLO, Joaquín; VALDEZ SANCHEZ, Ricardo A. y HUERTA-HUERTA, Hernán. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. *Rev. mex. Angiol. online*. 2021, vol.49, n.1 [citado 2022-10-01], pp.24-32. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2021000100024&lng=es&nrm=iso>. Epub 23-Ago-2021. ISSN 2696-130X.
<https://doi.org/10.24875/rma.20000015> .
42. SBUSTAMANTE C, Gladys. Tromboembolismo Pulmonar (tep). *Rev. Act. Clin. Med* [online]. 2011, vol.12 [citado 2022-10-01], pp. 614-618 . Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011000900009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2304-3768.
43. MATIAS SELAEZ, Ronald. Pleuritis. *Rev. Act. Clin. Med* [online]. 2011, vol.12 [citado 2022-10-01], pp. 596-599. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682011000900004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 2304-3768.