

2022-00080 CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO DRA MARCIA LISETH MORENO URREA

Harold Aristizabal <harold.aristizabal@conava.net>

Vie 14/07/2023 11:04

Para:Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca - Guadalajara De Buga
<j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:marcia liseth moreno urrea

<marciali_16@hotmail.com>;maicolrodriguez@azuraabogados.com

<maicolrodriguez@azuraabogados.com>;juridico

<juridico@fhsjb.org>;saritam1809@hotmail.com <saritam1809@hotmail.com>;Darío

Rosero <emssanarsas@emssanar.org.co>;Diana Vanessa BENJUMEA FLOREZ

<notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>;comunicaciones@cenvalle.com

<comunicaciones@cenvalle.com>;notificaciones@solidaria.com.co

<notificaciones@solidaria.com.co>

 1 archivos adjuntos (13 MB)

Examen de ATP en curso;

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

E S D

REF: CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO DRA MARCIA LISETH MORENO URREA

PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA

DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS

DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS

RADICACION: 76-111-31-03-002-2022-000080-00

HAROLD ARISTIZABAL MARIN mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del Ministerio de Justicia, actuando conforme al poder otorgado por MARCIA LISETH MORENO URREA que fue Llamada en Garantía por la Fundación FSJ dentro del proceso de la referencia. Luego ratificamos mediante este escrito en virtud del ejercicio del poder otorgado por la galena que como lo indicáramos en correo (ver Trazabilidad) aceptáramos con antelación, y estando dentro de la oportunidad legal presentamos adjunto en archivo PDF escrito de CONTESTACION DE LA DEMANDA y del LLAMAMIENTO EN GARANTIA, para lo cual procedo a presentar en archivos PDF los siguientes documentos :

1. CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA MARCIA LISETH MORENO URREA
2. HOJA DE VIDA DRA MARCIA LISETH MORENO URREA
3. DIPLOMA DRA MARCIA LISETH MORENO URREA
4. PERITAJE DR JULIAN GUEVARA RAMIREZ
5. CERTIFICACIONES Y DIPLOMAS DR JULIAN GUEVARA
6. HOJA DE VIDA DR JULIAN GUEVARA
7. TRAZA PODER OTORGADO Y ACEPTADO

Acusar recibido y leído.

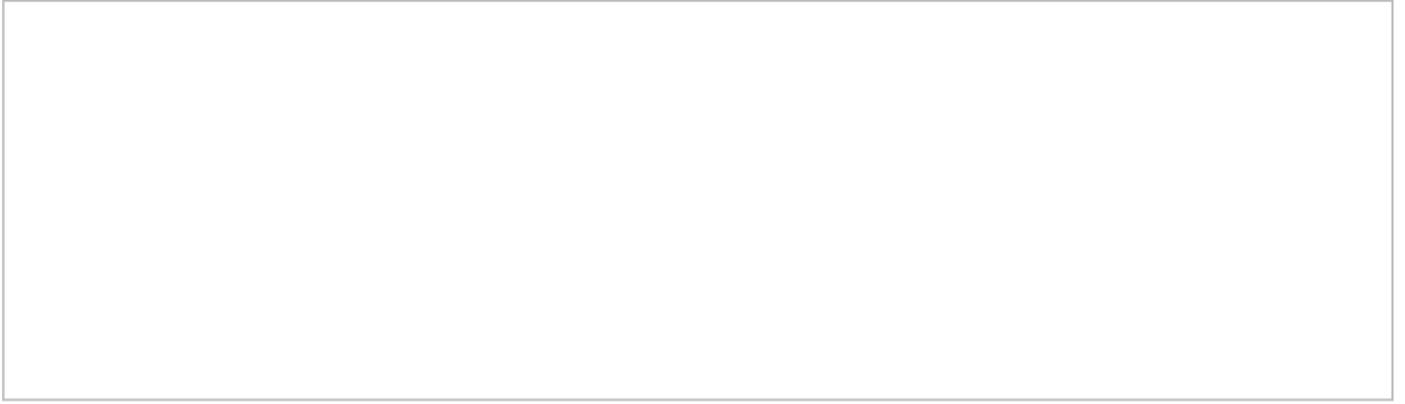
Sinceramente.,

Harold Aristizábal Marín

TP. 41291 CSJ

CC 16678028

RNA harold.aristizabal@conava.net



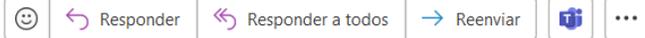
RV: PODER DRA, MARCIA LISETH MORENO PROCESO: 76-111-31-03-002-2022-000080-00



marcia liseth moreno urrea <marciali_

Para j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co; [Harold Aristizabal](#)
CC ham.conava@gmail.com.

viernes 30/06/2023 3:22 p. m.



Respondió a este mensaje el 30/06/2023 3:37 p. m.



RE: PODER DRA, MARCIA LISETH MORENO PROCESO: 76-111-31-03-002-2022-000080-00



Harold Aristizabal

Para j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co; [marcia liseth moreno urrea](#)
CC [MARTHA STELLA](#)

viernes 30/06/2023 3:37 p. m



Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE BUGA

j02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co

E S D

**REF: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE
PROCESO DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA
DEMANDANTE: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y OTROS
DEMANDADO: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA Y OTROS
RADICACION: 76-111-31-03-002-2022-000080-00**

Harold Aristizábal Marín abogado en ejercicio identificado a pie de nombre, me permito manifestar que ACEPTO el Poder conferido amplio y suficiente otorgado por la Dra. Marcia Liseth Moreno en esta misma línea de correo. Para atender la defensa de sus intereses dentro del asunto de la referencia. Consecuentemente solicito al Despacho compartir LINK del Expediente Virtual y reconociéndome personería. Sinceramente,

Harold Aristizábal Marín

TP. 41291 CSJ

CC 16678028

RNA harold.aristizabal@conava.net

HAROLD ARISTIZÁBAL MARÍN
Director General

CEL: +57 315 401 22 01
EMAIL: ham.conava@gmail.com - conava@conava.net
PBX: +57 - 2 488 09 99 FAX: +57 - 2 893 31 77 / 893 32 31
Carrera 3A Oeste No. 2 - 43 Barrio "El peñón"



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Respuesta automática: PODER DRA, MARCIA LISETH MORENO PROCESO: 76-111-31-03-002-202...



Juzgado 02 Civil Circuito - Valle Del Cauca

Para Harold Aristizabal



Responder



Responder a todos



Reenviar



viernes 30/06/2023 3:37 p. m.

Si hay problemas con el modo en que se muestra este mensaje, haga clic aquí para verlo en un explorador web.

Cordial saludo de parte del Juzgado Segundo Civil del Circuito de Buga, hemos recibido su mensaje de datos, el cual será atendido en el menor tiempo posible.

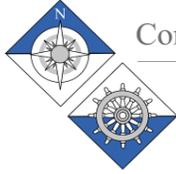
A partir del 1º de octubre de 2021, el horario de atención en todos nuestros **canales virtuales** es de lunes a viernes de 8:00 am. a 12:00 del mediodía y de 1:00 pm. a 5:00 pm. en la sede del Despacho en la Calle 7 # 13-56, oficina 310. Así mismo, conforme al artículo 109 del CGP "*Los memoriales, incluidos los mensajes de datos, se entenderán presentados oportunamente si son recibidos antes del cierre del despacho del día en que vence el término*".

Para mantener al tanto sobre las decisiones y actuaciones de este despacho, puede acceder a través del siguiente enlace <https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-02-civil-circuito-de-buga>, o si lo prefiere siga los pasos señalados a continuación:

1. Ingresar a la página: <https://www.ramajudicial.gov.co/>
2. Dirigirse al lado inferior izquierdo de la página a "Juzgados del Circuito", desplace la pestaña y haga clic en "Juzgados Civiles".
3. Luego al lado del mapa de Colombia, buscar en la lista Buga - Valle del Cauca.
4. Posteriormente dar clic en "Juzgado 02 Civil Circuito de Buga".

Allí podrá encontrarlos **avisos a la comunidad, los estados electrónicos, los traslados y las providencias notificadas, etc.**

Cualquier inquietud o petición será atendida a través del teléfono fijo del Juzgado **602-2375530**, abonado celular o **3225449596**, del correo electrónico institucional 02ccbuga@cendoj.ramajudicial.gov.co



Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señora Jueza:

SANDRA LETICIA SUA VILLEGAS

Juez Segunda (2) Civil del Circuito de Oralidad de Buga

E.

S.

D.

**Ref: CONTESTACION DEMANDA Y LLAMAMIENTO EN GARANTIA
VERBAL DE RC MEDICA
Demandantes: ARMANDO MUÑOZ RENGIFO Y O.
Demandados: FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE BUGA Y O.
Rad. 2022-00080-00**

CONTESTACION A LA ACCION

HAROLD ARISTIZABAL MARIN mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del Ministerio de Justicia, actuando conforme al poder otorgado por **MARCIA LISETH MORENO URREA** en su condición de Llamada en Garantía por **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE BUGA** Y Otros en el proceso de la referencia. Mediante el presente escrito contesto dicha Acción propuesta a través de su apoderado. Siguiendo el orden propuesto por la Demanda, procedo a contestar de la siguiente forma:

RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA INICIAL

2.1. La señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** siempre tuvo un hogar consolidado y en unión, fue una persona dedicada a su familia, trabajadora y era considerada por sus demás miembros familiares como una persona que los mantenía en armonía y era la que en la mayor parte de las veces quien tomaba las decisiones familiares.

R/. Al #2.1. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, que en todo caso deberán ser probadas idóneamente.



2.2. La señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** procreó a **DIANA BLANDON MUÑOZ**, quien junto a su hogar y los demás familiares que aquí demandan eran el núcleo familiar más cercano y constante de la señora **MUÑOZ RENGIFO**.

R/. Al #2.2. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, que en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

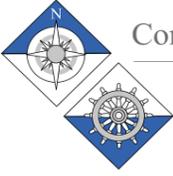
2.3. Es importante manifestar en cuanto a las afectaciones familiares, que debido a la enfermedad y posterior fallecimiento de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, su padre, el señor **MARINO MUÑOZ**, sufrió un grave deterioro a su salud, pues ella era la responsable de sus cuidados y respondía económicamente por él, ya que en su condición de adulto mayor y estado de salud no le era posible.

- *Del inicio de su Patología:*

R/. Al #2.3. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada, que en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.4. La señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFON** sufrió fuertes dolores abdominales en dos oportunidades previas al 11 de febrero de 2018, razón por la cual consultó a la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, tal como se evidencia en la Historia Clínica anexa.

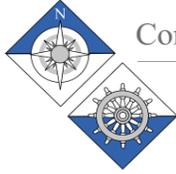
R/. Al #2.4. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica, sin embargo del examen de historia clínica que obra en el proceso, se conoce que la Sra. Patricia Muñoz Rengifo consulto desde el año anterior 2017, en noviembre 30 siendo valorada en aquella oportunidad por cirugía general Dr. Aymer Fernando Ospina T. en cuyo motivo de consulta se identificó *colecistitis* y que en Enfermedad Actual se registró paciente *con cuadro clínico de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que se irradia a región lumbar, niega coluria, trae ecografía hepatobiliar que describe colecistitis con vía biliar normal.* Se identificó también *panículo adiposo de pared abdominal aumentado, abdomen blando, dolor a la palpación de hipocondrio derecho, Murphy (-)* diagnosticándose **cálculos de la vesícula biliar con otras colecistitis**, ordenando **Colecistectomía laparoscópica**, exámenes prequirúrgicos y valoración por anestesia, adicionalmente **se le explican riesgos y posibles complicaciones los cuales el paciente entiende y**



acepta llenando consentimiento informado. Sin embargo, con posterioridad a lo registrado no se evidencia del examen de historia y los documentos obrantes en el proceso, que la paciente haya adelantado gestiones desde entonces para la programación efectiva de la cirugía, siendo esta una entidad patológica crónica que se puede agudizar, con inflamación y mayor compromiso clínico. Dentro de la historia clínica de la Fundación FSJ se destaca que la paciente consulta posterior a esa fecha por otras patologías, comorbilidades tales como DIABETES MELLITUS, HTA, CANCER DE MAMA (manejo Quimio y Radioterapias) y trauma de manguito rotador, que dan cuenta de la complejidad de sus dolencias de base. La paciente el 22 de enero, transcurridos cerca de 2 meses acude a valoración preanestésica para cirugía de Colectomía laparoscópica(Colelap). Finalmente el 11 de febrero de 2018 es sometida a la Colelap programada y no como cirugía de urgencia. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.5. Los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** preocupados por el delicado estado de salud de su ser querido, decidieron solicitar a conocidos un "*qué hacer en esa situación*" donde les recomendaron dado los síntomas que presentaba la señora **MUÑOZ RENGIFO**, que le hicieran tomar una **ECOGRAFÍA DE ABDOMEN¹**, ya que, la ecografía suele ser la primera prueba de imagen que se realiza con la intención de discriminar si el paciente presenta una enfermedad hepatocelular o de los conductos biliares, y en el *sub judice* arrojó como DX: "*colecistitis con vía biliar normal²*"

R/. Al #2.5. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica, como ya se explicó al contestar el hecho anterior. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.



2.6. El mentado 11 de febrero de 2018, una vez concluida la **ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR**, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** consulta por tercera vez por su "**DOLOR ABDOMINAL**" en tanto el dolor no menguaba y ya sentía que no podía soportarlo más y asustada por los resultados de la ayuda diagnóstica, sus familiares la ingresan al servicio de **URGENCIAS** de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** a las 10:36 a.m. y donde según su historial clínico se consigna:

*"paciente con cuadro clínico de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho que se irradia a región lumbar, niega coluria, trae ecografía hepatobiliar que describe **colecistitis con vía biliar normal**, ingresa paciente a cirugía para procedimiento quirúrgico"* (Negrita fuera del texto original)

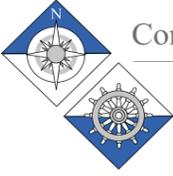
De conformidad con la Historia clínica de la paciente, se deja anotado como DX:
"cálculo de la vesícula biliar con otra colecistitis"

R/. Al #2.6. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica, sin embargo del examen de historia clínica que obra en el proceso, la paciente el 22 de enero, transcurridos cerca de 2 meses acude a valoración preanestésica para cirugía de Colecistectomía Laparoscópica (Colelap). Finalmente el 11 de febrero de 2018 es sometida a la Colelap programada y no como cirugía de urgencia como se desprende de la historia por lo que no es cierto lo afirmado por la parte actora. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.7. La intervención quirúrgica de "**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA 3 GRUPO**"³ es realizada el 11 de febrero de 2018 a las 13:15 por el Médico **EYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN** y su equipo médico. Según la historia clínica se tiene como hallazgos operatorios:

- *"panículo adiposo de pared abdominal aumentado, vesícula biliar con paredes engrosadas, y cálculos en su interior, cístico dilatado, hígado friable y de sangrado fácil"*

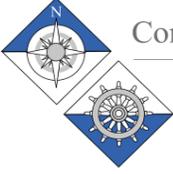
R/. Al #2.7. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica sin embargo no es cierto, del examen de historia clínica que obra en el proceso esos son los hallazgos operatorios descritos en



la nota operatoria. En curso de la cirugía de acuerdo con la nota se evidencio un hígado friable y de sangrado fácil, condición que se puede explicar por el proceso ominoso debido a las múltiples patologías de base que padecía la paciente y que ya fueron reseñadas. Procedimiento que ademas de acuerdo con la descripción de la técnica quirúrgica culmino luego de verificar hemostasia, sin evidencia de complicaciones. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.8. Se describe en la historia clínica de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** una técnica quirúrgica adecuada, pero no se describen las lesiones ocasionadas en esta intervención de las cuales existe comprobante, pues el reporte de TAC se evidencia *esteatosis hepática, colección localizada en lecho vesicular, y colección líquida en el fondo de saco, derrame pleural bilateral de pequeño volumen,* las cuales no debería existir si el procedimiento quirúrgico (colelap) hubiese estado ejecutado de manera correcta.

R/. Al #2.8. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica sin embargo no es cierto, del examen de historia clínica que obra en el proceso, las notas descriptivas de la cirugía no registran evidencia alguna de complicaciones. Lo afirmado por la parte actora corresponde en realidad al informe de ayuda diagnostica TAC practicada 8 días después, el 19 de febrero, NO a un hallazgo en curso de cirugía sino a una condición clínica posterior que constituye en el caso particular **riesgo inherente** de este tipo de procedimientos quirúrgicos (advertidos y aceptados conforme el Consentimiento Informado por los pacientes al aprobar que se les practique la COLELAP) y descritos por la literatura especializada como eventos que se puede suscitar o evidenciar luego del postoperatorio, teniendo mayor incidencia en pacientes con comorbilidades como las que tenia de base la paciente Patricia Muñoz Rengifo. Sin que para ello dependan de la buena práctica médica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.



2.9. Tras la intervención quirúrgica, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** estuvo en observación un par de horas, como quedó registrado en la Historia Clínica y posteriormente la dieron de alta, indicando lo siguiente:

- "salida con recomendaciones signos de alarma"
- "cita por CX tratante ambulatoriamente"
- "retiro de puntos en 15 días"
- "curaciones interdiarias"

Pero posteriormente se presentaron problemas y complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico realizado en la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** por el Médico **EYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN** y su equipo médico (*Ayudantes, anestesiólogo, enfermería, medicina general, entre otros*) que terminaron, después de varios meses de sufrimiento y zozobra, con la vida de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** el día 17 de agosto del 2018.

- *De los problemas posteriores al procedimiento quirúrgico del 11 de febrero de 2018:*

R/. Al 2.9. No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora. La COLELAP es una técnica quirúrgica de carácter ambulatoria y segura que luego del postoperatorio en recuperación sin hallazgos de complicaciones sobrevinientes, tiene un alta temprana con la advertencia de recomendaciones y signos de alarma. Como en realidad aconteció en este caso que se dio el alta al día siguiente habiendo permanecido en observación alrededor de 24 horas. El desafortunado desenlace que tuvo el caso de la paciente Patricia Muñoz Rengifo no fue en todo caso consecuencia de la práctica profesional de la que hiciera parte mi representada en su oportunidad, es atribuible a la condición clínica y su evolución tórpida derivada de todas sus patologías de base que se conjugaron en desmedro de la salud y vida de la paciente. Por lo demás deberá probarlo idóneamente.



2.10. Tras la salida de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, en el postoperatorio, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** presentó constantes dolores abdominales⁴, que la llevaron a consultar nuevamente el servicio de urgencias de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** el día 16 de febrero de 2018, por dolor abdominal, asociado a episodio febril y en esa oportunidad se da egreso con recomendaciones.

El día 18 de febrero de 2018, consulta nuevamente el servicio de urgencias de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, siendo una paciente femenina de 57 años, que ingresa a urgencias por un cuadro clínico de 48 horas de evolución de dolor abdominal, fiebre y deterioro de su estado general, además refiere orina colorica y

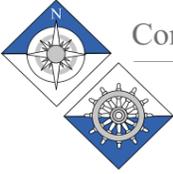
cabe resaltar que era la segunda consulta después de que fue operada en esta misma institución.

En esta oportunidad se registra:

- DX: "*DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTES SUPERIORES*"
- DX: "*OTROS ESTADOS POSTQUIRURGICOS ESPECIFICADOS*"

Del reporte de las ayudas diagnósticas se reporta:

- Anemia moderada, microcítica hipocromica. (18 de febrero)
- Proteína C elevada (18 de febrero)
- Creatinina elevada (19 de febrero)
- Fosfatasa elevada (18 de febrero)
- Esteatosis hepática⁵ (20 de febrero). Colección sobre el lecho vesicular. Colección en fondo de saco. Derrame pleural de pequeño volumen. Colección postoperatoria⁶.
- El hallazgo corresponde a esteatosis hepática de origen es a determinar (20 de febrero). No se ve vesícula biliar, presencia de estigmas quirúrgicos, acompañado de colección sobre su lecho con volumen aprox de 35 ml. Leve a moderada cantidad de liquido en fondo de saco de Douglas. Los cortes de bases pulmonares muestran derrame pleural bilateral, simétrico de pequeño volumen.
- Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria (20 de febrero): sugestivo de contaminación.
- Hemograma III (21 de febrero): Anemia no leucocitosis.
- Creatinina en suero (21 de febrero): elevada.
- Potasio. Bajo (21 de febrero)
- Cloro. Elevado (21 de febrero)



R/. AI #2.10. No es cierto como lo afirma el apoderado de la parte actora, al formular este hecho de manera intencional o descuidada por falta de técnica conjunta de atenciones médicas que se dieron en curso de la evolución de su enfermedad en momentos diferentes y con condiciones clínicas diferentes, por lo que el apoderado de la parte actora descontextualiza y generan confusión al interprete, por lo que deben ser desglosados, esto es separados y examinados en el ex ante y no en el ex post, de manera prospectiva y no retrospectiva como en realidad es la práctica clínica de la medicina.

Para ello hemos de hacer referencia a las notas del ingreso el 15 de febrero y egreso el día siguiente de la Fundación FSJ en cuya atención en el servicio de urgencias participaron las medicas generales Sara Manuela Lopez Concha y Marcia Liseth Moreno Urrea.

io Herramientas HCL ATENCION DR... x

3 / 11

Impreso: 1130683238 16/02/2018 00:10 Usr Admisión DIEGO ALEXANDER ARCE COBO

San José
FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA

Entidad: EMSSANAR E.S.S. A.R.S. Atención #2370380 Fecha Inicio 15/02/2018 18:49
Fin Atención: 16/02/2018 00:10 # Cuenta E2081564
Página 1 de 3

PACIENTE

Tipo Documento: CC No. Documento: 38858198 Nombres: PATRICIA
Direccion: CLLE 4 10 17 - Tel: 2370824 - Cel: 3163686410 Edad(AÑOS):57 Sexo: F Apellidos: MUÑOZ RENGIFO

Causa Externa:	Enfermedad general
MOTIVO CONSULTA (Percepción del Usuario)	
"ME DUELE EL ABDOMEN"	
ENFERMEDAD ACTUAL	
PACIENTE EN POP DEL 11/02/18 DE COLELAP REALIZADA EN NUESTRA INSTITUCION POR EL DR OSPINA SIN COMPLICACIONES. PACIENTE DIABETICA INSULINOREQUIRIENTE, CONSULTA POR AUSENCIA DE DEPOSICIONES DESDE LA CIRUGIA, ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL, HIPOREXIA Y NAUSEAS. REFIERE FIEBRE LA CUAL NO HA SIDO CUANTIFICADA EN CASA.	

Se observa luego del examen físico que la causa de consulta de ausencia de deposiciones desde la cirugía, asociado a dolor abdominal, hiporexia y náuseas guarda relación con una constipación o íleo paralítico que se resuelve médicamente con medidas terapéuticas sencillas.



HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO									
T. Arterial(mm/HG):	170/10	Fr. Cardíaca:	96	Fr. Respiratoria:	18	T°	37.0	Saturación Oxígeno(%):	98
Peso(Kg):	74.0	Talla (Mt):		IMC (Kg/M2):	0.0	Cintura Pélvica (cm):			

EXAMEN FISICO GENERAL

PACIENTE INGRESA EN SILLA DE RUEDAS, SE PASA A LA CAMILLA CON DIFICULTAD POR DOLOR.

** GLUCOMETRIA 196

- MUCOSAS ROSADAS Y HUMEDAS, ESCLERAS ANICTERICAS
- SIN ALTERACIONES A LA AUSCULTACION CARDIOPULMONAR
- ABDOMEN GLOBOSO, PERISTALTISMO AUSENTE, BLANDO, HAY DOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL DEL EPIGASTRIO Y EN RESTO DEL ABDOMEN A LA PALPACION PROFUNDA. NO HAY SIGNOS DE IRRITACION

PERITONEAL							
- EXT:	NO EDEMAS,	PULSOS DISTALES	+++				
- SNC:	ALERTA,	ORIENTADA,	NO FOCALIZADA				

PERITONEAL

- EXT: NO EDEMAS, PULSOS DISTALES +++
- SNC: ALERTA, ORIENTADA, NO FOCALIZADA

PACIENTE EN POP RECIENTE COLELAP QUIEN CURSA CON CUADRO CLINICO SUGESTIVO DE ILEO ADINAMICO, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO INTEGRAL

En este caso al examen y valoración de la paciente no se halló ni fiebre ni signos de irritación peritoneal y su cuadro clínico era sugestivo de íleo adinámico, por lo que NO había indicación quirúrgica en ese momento, NI era mandatorio consultar a cirugía general.

INGRESO							

TRIAGE 2

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Impresión	Código	Descripción
Principal	R104	OTROS DÓLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS
	K560	ILEO PARALITICO

Medico Tratante

Nombre:	SARA MANUELA LOPEZ CONCHA	
Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido
Registro Médico:	1144064962	

Firma

Sara Lopez C.



RESULTADOS E INTERPRETACION DE AYUDAS DIAGNOSTICAS RELEVANTES

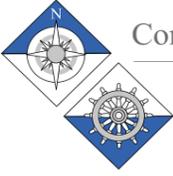
LAS REPORTADAS

LISTADO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS

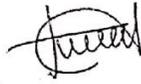
DD MM

Nombre	Resultado	Interpretación	Médico Reporta	Fecha
902209 - HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA. HEMATOCRITO. RECUESTO DE ERITROCITOS. INDICES ERITROCITARIO	L; 9920 N %73.9 #7330 HB 10.1 HTO 33.8 PLT 218.000	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:07
906913 - PROTEINA C REACTIVA. CUANTITATIVO DE ALTA PRECISION	63.05	ELEVADA PACIENTE CON RECIENTE PROCEDIMIENTO QX	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:07
903856 - NITROGENO UREICO [BUN]	11.68	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903895 - CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	2.01	ELEVADA	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903864 - SODIO	139.0	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:08
903859 - POTASIO	4.33	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:09
903813 - CLORO [CLORURO]	106.0	NORMAL	MORENO URREA MARCIA LISETH	15/02/2018 22:09
872011 - RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLE CON PROYECCIONES ADICIONALES (SERIE DE ABDOMEN AGUDO)	ABUNDANTE MATERIA FECAL NO CIVELS HIDROAREROS NO DISTENCION DE ASAS	COSNTIPACION	MORENO URREA MARCIA LISETH	16/02/2018 00:07

Una vez se reportan los resultados de los exámenes paraclínicos y ayuda diagnóstica la Dra. Marcia Liseth Moreno de acuerdo con la evolución clínica de la paciente Patricia Muñoz Rengifo y la nota de análisis y conducta que indica, paciente quien posterior a enema refiere presencia de deposiciones en cantidad y aspecto normal con mejoría clínica, paraclínicos normales, egreso con bisacodilo, analgesia oral y advertencia de signos de alarma, corresponde a una conducta médica válida para ese momento, no habiendo indicación de hospitalizar la paciente para ese momento dada la mejoría con que evoluciona en curso de dicha atención médica.

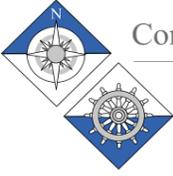


DIAGNOSTICOS (CIE10)						
Impresió	Código	Descripción				
Principal	K590	CONSTIPACION				
ANALISIS Y CONDUCTA						
PACIENT EQUIEN POSTERIOR A ENEMA REIFERE PRESNEICA DE DEPOSICIOENS EN CANTIDAD Y DE ASPECTO NORMAL. CO MEJORIA CLINICA PARALCINICOS NORMALES SE DA EGREOS CON BISACODILO Y ANALGESIAO ORAL SIGOS DE ALARMA						
- AUSENCIA DE DEPOSICIOENS Y GASES POR MAS DE 2 DIAS A PESAR D EMANEJO						
- DEPSOCION NEGRA O CON SANGRE						
- VOMITO CON SANGRE, O EN FORMA DE CONCHU DE CAFE FETIDO						
- FIEBRE						
Destino del Paciente:		Domicilio				
MEDICAMENTOS						
Codigo	Medicamento	Dosis	Tiempo	Cantidad	Explicación	
A06AB02	BISACODILO - 5 mg - TABLETA CON O SI	1 DIARIA	15 DIA(S)	15.0	1 TAB CADA NOCHE	
A03BB01	HIOSCINA N-BUTIL BROMURO - 10 mg - TABLETAS CON O S	4 DIARIA	10 DIA(S)	40.0	1 TAB CADA 6 HORAS	
N02BE01	ACETAMINOFÉN - 500 mg - TABLETA CON O SI	6 DIARIA	10 DIA(S)	60.0	2 TAB CADA 8 HORAS	
MEDICO TRATANTE						
Nombre:	MORENO URREA MARCIA LISETH					
Especialidad:	MEDICO GENERAL	Documento firmado digitalmente, el firmante se hace responsable del contenido del mismo.				
Registro Médico:	1130683238					


Firma

Dada la mejoría de la condición clínica de la paciente, con deposiciones en cantidad y aspecto normal, con resultados paraclínicos en rangos normales, se da egreso con analgesia oral y advertencia de signos de alarma para reconsultar como quedo registrado en historia. Habiéndose resuelto la causa por la que consulto en esta oportunidad.

Cuando la paciente consulta el servicio de urgencias dos días después, el 18 de febrero, la historia clínica describe un cuadro clínico diferente al por el que consulto inicialmente y fue dada de alta el 16 de febrero, esta vez ya con *dolor abdominal generalizado* acentuado en hemiabdomen derecho, plano del que hizo parte la cirugía practicada una semana antes. Y ante una condición clínica como la que evidencio en curso de las 48 horas después de su egreso, y atendiendo la recomendación médica de signos de alarma, en esta ocasión la conducta a seguir era de reanimación y evaluación con imagenología (TAC) y valoración por cirugía de cuyos hallazgos se procedió a definir reintervenir la paciente con las patologías de base conocidas e



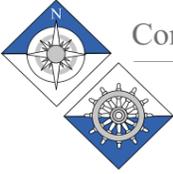
intervención quirúrgica reciente, como se verifico en la oportunidad razonable. Por lo demás deberá probarlo idóneamente.

2.11. Uno de los fallos en la atención medica en la FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA ocurrió cuando no se ingresó a la paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**

el 16 de febrero de 2018, cuando consultó por cuadro clínico similar, ya que la sintomatología de la paciente era de alarma para complicación post quirúrgica, y debía ingresarse desde la primera consulta para toma de paraclínicos e imágenes diagnósticas pensando como primera etiología del cuadro clínico una complicación de la intervención quirúrgica reciente y más aun teniendo claro que el día 11 de febrero de 2018, fue la primera intervención quirúrgica en donde se le ocasionaron lesiones a la paciente en el lecho hepático y la vía biliar, sustentado lo anterior en el reporte de TAC que describe: *esteatosis hepática, colección localizada en lecho vesicular, y colección liquida en el fondo de saco, derrame pleural bilateral de pequeño volumen*, las cuales no debería existir si el procedimiento quirúrgico (coelap) hubiese estado ejecutado de manera correcta. La responsabilidad en este momento se encuentra a cargo del equipo de medicina general que realiza el ingreso a urgencias de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, tal como se encuentran descritos en la Historia Clínica.

R/. Al #2.11. No es cierto. Cuando la paciente consulto el 15 de febrero y luego de su valoración y ayudas diagnosticas, manejo y evolución clínica favorable no había ningún criterio o indicación de hospitalización de la paciente, como ya se explico al contestar el hecho anterior. Tampoco es cierto que el cuadro clínico por el que consulto el 15 de febrero fuera similar al cuadro clínico por el que consulto el 18 de febrero, puesto que la sintomatología de la paciente del primer ingreso se le presto la atención necesaria para una condición postquirúrgica¹ haciendo estudios y valorándola clínicamente con lo cual se halló una condición de constipación que se resolvió medicamente con la administración de enema evacuante y la paciente evoluciono satisfactoriamente en condición estable y recomendaciones de alarma. No hallando para ese momento indicación de conducta medica diferente ante la buena evolución.

¹ Es necesario precisar que es usual o esperable que un paciente que es sometido a una intervención quirúrgica como la practicada en este caso experimente en algunos casos constipación.

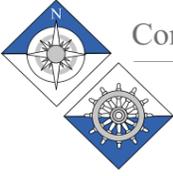


De otra parte no es posible extrapolar el reporte del TAC tomado tres días después (19 de febrero) para soportar la condición clínica que tenía la paciente el 16 de febrero, sin que se pueda afirmar que estos corresponden a lesiones intraoperatorias causadas en curso de la COLELAP. Y mucho menos desconociendo las comorbilidades de base de la paciente. Por lo demás deberá probarlo idóneamente.

2.12. En esta oportunidad (18 de febrero de 2018), la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** y su equipo médico, dejaron en observación a la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** por tres (3) días, donde finalmente le informaron que presentaba bilis en toda su cavidad abdominal, siendo hospitalizada y programada por el servicio de cirugía para drenar el líquido por laparoscopia tal como lo soporta la Historia Clínica, cirugía que no dio buenos resultados pues ella continuó con fuertes dolores.

Es así como se evidencia la demora en atención y a los días de permanencia en el servicio de urgencias, empeorando así el pronóstico de patologías infecciosas como las que ya presentaba la paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** en virtud del procedimiento quirúrgico mal realizado en la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** el 11 de febrero de 2018, tal como lo describe a detalle la Historia Clínica.

R/. Al #2.12. No es cierto, del examen de historia clínica que obra en el proceso, no se evidencia que haya habido demora en la atención ni mala práctica médica, por el contrario, esta documentado que se realizaron exámenes paraclínicos e imagenológicos inmediatos para lograr un diagnóstico oportuno y un abordaje quirúrgico acertado. De otra parte, es de precisar que las complicaciones que presentó la paciente Patricia Muñoz Rengifo con posterioridad a la cirugía de COLELAP son riesgos inherentes del procedimiento practicado y su incidencia aumentan como en este caso dadas las múltiples comorbilidades graves con las que padecía esta paciente. Por lo demás deberá probarlo idóneamente.



2.13. La paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** es intervenida quirúrgicamente el 21 de febrero de 2018 por el Médico EYMER FERNANDO OSPINA TASCÓN en la operación denominada "*LAPAROSCOPIA EXPLORATORIA GRUPO 5*", donde encontraron múltiples adherencias de epiplón a peritoneo e hígado, por cirugía previa de COLELAP – 11 de febrero de 2018 –, escaso líquido biliosos en goteraparietocolica derecha, y subhepática, no se observa salida de bilis del hecho hepático por proceso inflamatorio (fistula del muñon cerrado?).

Con la anterior descripción quirúrgica, nos confirma que la intervención anterior – colelap – fue laboriosa y se hizo mucha manipulación de los órganos de la paciente, lo que ocasionó las adherencias y las colecciones que se describieron anteriormente, motivos por los cuales realizan los siguientes procedimientos quirúrgicos:

- "*drenaje absceso intraperitoneal, incluye epiplóico (omental) de fosa iliaca, periesplénico, perigástrico 8 grupo*"
- "*sección adherencias peritoneales 9 grupo*"

R/. Al #2.13. No es del todo cierto de acuerdo con el examen de historia clínica que obra en el proceso es una descripción parcial de la laparoscopia exploratoria, en todo caso es necesario precisar que la laboriosidad de la reintervención obedece a las consecuencias propias de una cirugía como la COLELAP, como son la presencia de adherencias que corresponde al proceso cicatrizal propio de esta condición clínica sumado al antecedente quirúrgico de cesárea , identificadas con las *múltiples adherencias de epiplón a peritoneo e hígado* como hallazgos operatorios. Por lo demás deberá probarlo idóneamente.



2.14. En la cirugía del 21 de febrero de 2018, se ordenó la toma de una ayuda diagnóstica de CEPER más SENT dado el hallazgo de la fístula, motivos por los cuales, después de múltiples trámites administrativos de la **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, el 01 de marzo de 2018, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** fue llevada a la Ciudad de Cali para la práctica de las ayudas diagnósticas en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**, el cual arroja la siguiente lectura:

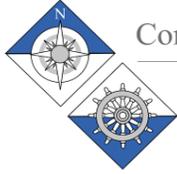
- *"vía biliar extrahepática sin dilatación con fuga de medio de contraste a nivel cístico, vía intrahepática no dilatada"*

Con el resultado anterior, se realizó a la paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, una esfinterotomía, implante de prótesis plástica biliar de OFR por 10 CM de longitud, posterior a este procedimiento, la paciente refiere seguir con dolor abdominal, por lo cual, se sospecha perforación del DUODENAL FRUSTA.

R/. Al #2.14. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica, máxime que lo acontecido da cuenta de atención de procedimiento diagnóstico y terapéutico (CPER) en otra institución de salud. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.15. El 07 de marzo de 2018, se ingresa a la paciente a la UCI de la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** por SEPSIS GRAVE, dado que presenta: *dolor pleurítico, derrame pleural derecho, academia metabólica más injuria renal y se traslada a UCI por SEPSIS GRAVE.*

En esta oportunidad, dado que permaneció en UCI, donde adquirió un sin número de infecciones. La paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** adquirió una bacteriemia por gérmenes intrahospitalarios, de la cual se comenta en la historia clínica: mirabillis multisensible (28/04/2018), Aeruginosa multisensible (30/04/2018 – 08/05/2018 – 27/05/2018 – 30/05/2018), candida tropicalis (11/05/2018 – 19/05/2018), Klebsiella Pneumoniae Blee (09/05/2018 – 16/05/2018 – 27/06/2018), Candida Albicans (16/05/2018), Kluyvera Ascorbata (28/05/2018), Pseudomona Aeruginosa (11/07/2018) los cuales son gérmenes intrahospitalarios y característicos de las sepsis abdominales, por lo cual recibió manejo antibiótico por todas las infecciones previamente descritas y requirió múltiples reposiciones, tal como se registra en la HC de la paciente.



R/. AI #2.15. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.16. Para los días 06 y 10 de marzo de 2018, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, antes de ingresar a quirófano para dichas cirugías, tuvo la oportunidad de despedirse de su familia; y les manifestó su inmenso dolor y sus ganas de no prorrogar más con el, pues su intención era no vivir más en esas condiciones y que por favor la ayudaran y terminar con ese dolor de una vez.

R/. AI #2.16. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi patrocinada. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.17. Según consta en la historia clínica de la paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, el 10 de marzo de 2018 estando en la UCI de la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, el cirujano tratante, decide llevarla a cirugía para realizarle una operación exploratoria, dado que la paciente continuaba con el intenso dolor y presentaba drenaje de líquido biliar, por presencia de neumonía y salida de líquido biliar en un pulmón (edema pulmonar), y termina indicando la historia clínica: "*neumonía nosocomial?*"

R/.AI #2.17. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.18. Posterior a esta cirugía, la paciente **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** no despierta y según la información recibida por parte del personal de la UCI de la **IPS FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, sufre paro respiratorio, muerte súbita por espacio de seis minutos y finalmente logran estabilizarla. En esas condiciones de salud, transcurren sus días en la unidad de cuidados intensivos, donde, el día 12 de marzo de 2018, sufrió nuevamente un paro respiratorio quedando la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** con daño cerebral severo, producido por una HIPOXIA.

R/. AI #2.18. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a



lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.19. Luego de estabilizar a la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, es llevada a piso para continuar manejo de sus infecciones NOSOCOMIALES⁷, sin oxígeno ni ayuda vital alguna, continúa en estado de inconsciencia, pero sus infecciones persisten, al punto que debieron aislarla, al parecer, por la presencia de un virus. Estando en aislamiento, continúa con picos febriles muy elevados y glicemias muy altas y bajas tal como lo evidencia el registro de enfermería de la paciente, de igual manera se registraba baja su hemoglobina.

R/. Al #2.19. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.20. En el TAC realizado el 04 abril 2018, se señala que la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** sufrió un daño cerebral en los núcleos de la base cerebral como el tálamo núcleo lenticular y en la zona de la corteza cerebral y se encuentra evidencia de necrosis ósea, muerte de tejido cerebral; lesiones que son irreversibles. En esta oportunidad de acuerdo a la HC, se indica por parte de cirugía general que *NO VISUALIZAN STENT EN VÍA BILIAR, POR LO CUAL SOLICITAN NUEVA CPER PARA IDENTIFICAR UBICACIÓN DE STENT Y POSIBILIDAD DE COLOCACION DE UNO NUEVO.* Además, la paciente siempre tuvo gastrostomía, traqueostomía, con nutrición enteral la cual se debió cambiar en varias oportunidades por sus alteraciones metabólicas, y siempre presentó insuficiencia renal crónica.

Adicionalmente, se resalta en la HC que la paciente siempre tuvo DREN SUBHEPÁTICO que todos los días tuvo producido significativo, con CVC.

R/. Al #2.20. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.



2.21. El 15 de mayo de 2018 le realizan un electrocardiograma a la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, y se encuentra que la paciente presenta muerte cerebral y que la misma no presenta posibilidades de recuperación, según concepto del médico HENRY TELLEZ, quien remite el diagnóstico de DISFUNCIÓN CORTICAL DIFUSA SEVERA.

R/. AI #2.21. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.22. El 21 de mayo 2018, los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** se dirigieron tanto al representante legal de la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** como a **EMSANAR EPS**, petición de inicio al trámite de eutanasia, teniendo en cuenta el contenido de la Resolución 1216 de 2015 expedida por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, por medio de la cual se da cumplimiento a la orden **Sentencia T – 970 de 2014** de la Corte Constitucional en relación con las directrices para la organización y funcionamiento de los comités para hacer efectivo el derecho a morir con dignidad. Esta petición fue motivada por el profundo amor de los accionantes por la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**, en consideración a su angustia, agonía y demás consecuencias de una enfermedad "*avanzada, progresiva e incurable*"; que no se compadecían con su vida que siempre fue alegre, armónica y siendo el apoyo de su familia en todo momento, y más aún, ante la petición en pleno uso de sus facultades mentales de forma constante de la paciente hasta antes de entrar en muerte cerebral, de querer morir rápido y que no le postergaran su tremendo dolor.

R/. AI #2.22. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.



2.23. Dicha resolución prevé el consentimiento sustitutivo, al cual se acudió en esa oportunidad con el fin de iniciar todos los procedimientos establecidos en la mentada Resolución, tales como la conformación de un comité interdisciplinario para que se dispusiera como era su derecho a la eutanasia, en consideración a la mera evidencia de que la paciente perdió funciones vitales agregadas a todo el sufrimiento que su estado le genera ante una evidente disminución progresiva de su propia integridad física, dejando claro su clasificación como enfermo terminal, todo con ocasión al procedimiento quirúrgico realizado el 11 de febrero de 2018 y a las múltiples infecciones nosocomiales adquiridas en la IPS **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, pero a pesar de lo anterior, no fue posible que se llevara a cabo, aunado a la mala realización del CPER en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** (CENVALLE – CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL VALLE) quien fue la IPS que realizó dicho procedimiento nefásto.

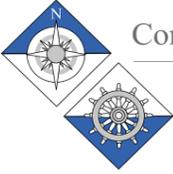
R/. Al #2.23. No nos consta, corresponde a circunstancias ajenas a mi representada por no haber participado en su atención médica para ese momento, nos atenemos a lo que acredite de manera idónea con base en la historia clínica. Por lo demás, en todo caso deberán ser probadas idóneamente.

2.24. Los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** deciden ante la angustia y zozobra, interponer acción de tutela para proteger el derecho a morir dignamente en contra la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** y **EMSANAR EPS**, soportándose entre otros documentos en el siguiente:

- *"conclusión:*

- a. *Los hallazgos son compatibles con encefalopatía hipóxico isquémica con áreas de necrosis cortical pseudolaminar, necrosis putaminal bilateral y parcialmente talámica..."* Radiólogo: GUILLERMO VALDIVIESO – electroencefalograma de fecha 15 de mayo de 2018.

Lo anterior demuestra que la paciente era un enfermo terminal, por ende, ello es considerado una enfermedad irreversible, pues las INFECCIONES NOSOCOMIALES y la mala praxis realizada el 11 de febrero de 2018, llevan de manera progresiva a un deterioro multisistémico y finalmente a la muerte, en consecuencia, no puede entenderse que pueda existir un tratamiento paliativo para la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**.



R/. AI #2.24. No es un hecho, es una afirmación de carácter subjetiva, que en todo caso No nos consta.

2.25. El **JUZGADO PRIMERO PENAL MUNICIPAL CON FUNCIONES DE CONOCIMIENTO DE BUGA – VALLE DEL CAUCA** bajo el radicado N° 76111-4004-001-2018-00086-00, emite la sentencia N° 113 del 10 de julio de 2018, donde expresa:

- *"... se puede denotar por esta juez constitucional que no reposa dentro de las pruebas allegadas al plenario, documento en el cual se plasme de manera libre y consiente y voluntaria manifestación de la señora PATRICIA MUÑOZ, referente a su deseo de morir dignamente..."*
- *"PRIMERO: NEGAR POR IMPROCEDENTE el derecho fundamental a morir en condiciones dignas..."*

R/. AI #2.25. No nos consta, que lo pruebe.

2.26. Los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** al no estar conformes con la decisión de primera instancia, IMPUGNAN el fallo con el siguiente argumento:

- *"... en este caso, precisamente el estado de inconciencia de mi madre, presentado por nada más y nada menos que una lesión irreversible en el cerebro, por malas prácticas médicas realizadas en el hospital San José de Buga, imposibilita a mi progenitora no solo de cualquier manifestación externa de voluntad, sino además de la habilidad en sí, de razonar, de discernir, de pensar, de expresarse, siendo estas las facultades inherentes a todo ser humano en pleno de sus capacidades..."*

Se indica igualmente como argumento que yerra la señora juez al motivar su decisión en uno de sus apartes con una manifestación contraria a la realidad probatoria en tanto, si obra como prueba el acta de reunión realizada en la IPS **FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA**, donde se indica:

- *"... después de revisado el caso y la evidencia de un electroencefalograma que confirma la muerte cerebral, estamos de acuerdo con la petición realizada por la señora Diana Marcela Blandón Muñoz, para que sea realizada la eutanasia a su señora madre Patricia Muñoz."*

Se aporta igualmente como argumento, la Historia Clínica de la paciente de la CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS que en fecha 9 de julio de 2018, se le realiza valoración por NEUROLOGIA donde se indica: *"PACIENTE EN ESTADO VEGETATIVO"* con mal pronóstico neurológico.



R/. AI #2.26. No nos consta, que lo pruebe.

2.27. Mientras se surtía el trámite de la impugnación, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** fallece el día 17 de agosto de 2018 por una falla multisistémico, con ocasión de las infecciones NOSOCOMIALES y a la mala praxis realizada el 11 de febrero de 2018 en la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**, aunado a la mala realización del CPER en el **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS** (CENVALLE – CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DEL VALLE) quien fue la IPS que realizó dicho procedimiento nefásto, procedimientos que llevaron a que se infectara de BACTERIAS INTRAHOSPITALARIAS.

Los familiares de la paciente deciden no practicar estudios medicolegales y, por ende, se expide el certificado de defunción # 71569172-6.

R/. AI #2.27. No nos consta, que lo pruebe.

2.28. El **JUZGADO SEGUNDO PENAL DEL CIRCUITO DE BUGA – VALLE DEL CAUCA**, mediante sentencia N° 025 del 28 de agosto de 2018, resuelve: "*DECLARAR LA CARENCIA TOTAL DE OBJETO al haber cesado la vulneración de los derechos fundamentales reclamados*" y el fundamento es el fallecimiento de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** en la fecha indicada en el hecho anterior.

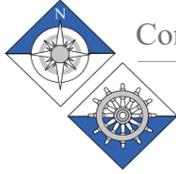
- *De los gastos familiares*

R/. AI #2.28. No nos consta, que lo pruebe.

2.29. La señora **DIANA BLANDON MUÑOZ** tuvo que pagar una enfermera que cuidara a su señora madre en la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA** dado que en dicha IPS no podían brindarle a una persona que estuviera pendiente las 24 horas de su estadía en dicho lugar, prueba de ello son los recibos de pago de dichas enfermeras, las cuales tenían unos turnos específicos.

R/. AI #2.29. No nos consta, que lo pruebe.

2.30. De igual forma se tiene soporte de los medicamentos que solicitaban los galenos a los familiares de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** para tratar de lograr una mejoría en su salud, medicamentos que no eran subsidiados y/o brindados por la IPS **FUNDACIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ DE BUGA**.



R/. AI #2.30. No nos consta. que lo pruebe.

2.31. La señora **DIANA BLANDON MUÑOZ** tuvo que recurrir a préstamos y avances financieros en sus productos para poder solventar los gastos necesarios del cuidado de su madre **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO** dado que, debía encargarse del cuidado y manutención de su propio núcleo familiar junto a su esposo, y del cuidado de otros miembros de su familia materna, prueba de ello, son los títulos valores que soportan dichos préstamos que aún se siguen pagando y de igual forma se tienen los extractos bancarios que dan fe de los movimientos realizados para poder obtener dinero y los pagos que se han realizado.

R/. AI #2.31. No nos consta, que lo pruebe.

2.32. Se tiene constancia de los pagos realizados por mis clientes para la atención psicológica en virtud de la pérdida de la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**.

- *De las afectaciones a la vida en relación*

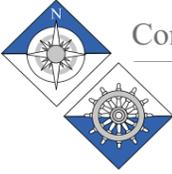
R/. AI #2.32. No nos consta, que lo pruebe.

2.33. Se tiene constancia de las afectaciones **PSICOLÓGICAS** del joven **SANTIAGO CASTAÑO BLANDON** y en especial de cada uno de mis clientes, frente a la pérdida de su ser querido, la señora **PATRICIA MUÑOZ RENGIFO**.

- *Del dictamen pericial.*

R/. AI #2.33. No nos consta, que lo pruebe.

2.34. El 21 de abril de 2021 se expidió un dictamen pericial por parte de la Universidad CES y el 08 de junio de 2021 se expidió la aclaración al dictamen, donde se indica que:



1. *Para los dos eventos en los que la señora PATRICIA MUÑOZ consultó el servicio de urgencias en la IPS FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA, la sintomatología indicaba una alarma para complicación post-quirúrgica? Debía haber tenido ingreso para toma de paraclínicos e imágenes diagnósticas? estuvo bien realizado el TRIAGE por parte del personal médico?*

Ante dicha pregunta el profesional responde:

- *RESPUESTA: En primer lugar, no tengo documentación de esas dos consultas a urgencias en la IPS FUNDACION HOSPITAL SAN JOSE DE BUGA en los archivos que me fueron remitidos. Hecha esta aclaración, creo que toda paciente posoperatoria que consulta por síntomas relacionados con una cirugía, **debe tener evaluación** por la especialidad que realizó dicha operación, **máxime si la consulta es reiterada** como ocurrió una segunda vez. Las otras preguntas aquí presentadas no las puedo responder por falta de documentación. (negritas fuera del texto original)*

Luego se efectuó la aclaración, el profesional responde a esta misma pregunta:

- *18 de febrero a las 21:24. CIRUGIA GENERAL. Dos días de dolor abdominal, Fiebre y deterioro del estado general. Examen físico: alerta, afebril, FC (frecuencia cardíaca) 80 (normal). FR (frecuencia respiratoria) 15 (normal). Escleras ictéricas (tinción biliar amarilla de la parte blanca del ojo. No es normal). Dolor a la palpación más hacia la izquierda sin Blumberg (signo de irritación peritoneal o peritonitis). Dx de ingreso: Dolor abdominal en estudio. Postoperatorio de coledocopancreaticoduodenostomía. Pancreatitis vs biliperitoneo (bilis libre en el abdomen). Se ordena estudio de laboratorio y TAC abdominal contrastado.*
- *Respuesta a las preguntas: Acorde con los datos del motivo de consulta, hallazgos de laboratorio, examen físico y el diagnóstico de íleo paralítico, **era pertinente una valoración por cirugía general.** (Negrita fuera del texto original)*

En consecuencia, podemos evidenciar que se debía haber dado ingreso a la paciente en esas dos oportunidades anteriores al 14 y 18 de febrero, en tanto, la misma HC indica (18 de febrero): "valorada hace dos días por urgencias donde se da egreso", circunstancias que en concepto del perito debieron ser atendidas y



manejadas a tiempo, pues era evidente la clínica de la paciente frente al Post-operatorio del COLELAP y requería ser valorada de acuerdo a la elx artis.

2. El perito menciona en la pregunta 2 del dictámen que, el mero DX de COLELITIASIS CON VIA BILIAR NORMAL es asintomático, hasta que se presenta un cólico vesicular por obstrucción del conducto cístico, que en su concepto fue lo que le ocurrió a la paciente, pero, adicional a ello, manifiesta que: *en este momento la salud de la paciente no está significativamente alterada si se procede a operar para extirpar la vesícula calculosa.* Y en la calaración indica que el dolor que presnetaba la paciente era algo ANORMAL y que se debía estudiar para aclarar su origen.
3. Expresa de manera contundente el perito en la respuesta 3 del dictamen: *toda demora en la ejecucion de una accion medica una vez establecido con claridad el diagnóstico, puede empeorar un pronóstico. Desafortunadamente tambien, la realización de una acción médica sin diagnóstico definido y solamente por la sospecha clínica, no está excenta de riesgos y de iatrogenia,* aspecto final que no es relacionado con nuestro asunto, en tanto, si se tenia un DX definido en la paciente, pues así mismo lo recalca el profesional en la respuesta dada a esta pregunta en la aclaración del dictámen, lastimosamente se actuó de manera tardía, perdiendo la oportunidad de una recuperación sin tanto problema y probablemente no se hubiera muerto.

Otro aspecto a resaltar en este punto es lo relacionado al deber ser frente a un dato clínico como lo eran LAS FOSFATASAS LEVE EVOLUCION por lo que, según el perito, debía sospecharse un probable cálculo obstruyendo la vía biliar y proceder a su identificación con una resonancia o un CPRE, teniendo dicho resultado desde el 18 de febrero a las 23:08 pm, y el mentado CPRE fue realizado el 1 de marzo de 2018, siendo evidente la demora y el perjuicio casuado a la salud de la paciente.

Adicional a esto, el perito manifiesta que el TAC se demoró mas de 48 horas, es decir, *es demasiado tiempo, ... si se demoró mas de lo esperado habrá que investigar las razones de la demora, las cuales no se pueden obtener de esta historia,* con lo que, se evidencia una demora en la toma de las ayudas diagnósticas que requería con urgencia la paciente, por lo que, dicha demora, afectó gravemente su salud, lo que la llevó finalmente a la muerte, pues la cadena de hechos luego de ese 11 de febrero, fue atroz. El mismo perito indica que *INMEDIATA significa que la orden debe cumplirse ya.*



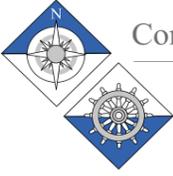
el mismo perito manifiesta que, *si una vez hecho el diagnóstico se difiere la atención, esto es negligencia*, por lo que, es vidente que se tenía un DX claro, pero aun así, no se actuó con la premura que se requería, pues los datos clínicos de la paciente eran mas que evidentes, concatenado con la demora, el perito manifiesta que de haberse conocido la situación a su ingreso, esas 48 horas hubieren favorecido a la paciente.

4. Refiere el perito en la respuesta 4 del dictámen que, una complicacion es la FISTULA BILIAR por DESALOJO DE CLIPS DEL CISTICO, lo cual, es claro, dado que el mismo perito manifiesta que no pudo ser el caso que una distensión del coléculo haya desalojado el clips, por lo que, se infiere un mal hacer médico en dicho procedimiento, aunado a que, la tomografía axial computada de abdomen y pelvis realizada el 20 de febrero indica: esteatosis hepática, se evidencia una colección en el lecho vesicular, colección post-operatoria, siendo indicativa esa ayuda diagnóstica para determinar lo que le sucedía a la paciente, tal como lo señala el perito.

Aunado a ello, el mismo perito indica que *si una grapa queda floja, nadie puede alegar que está bien aplicada, el procedimiento está mal realizado* por lo que, sin ser concluyente el dictámen, dado que ese no es su objeto, si nos permite a las aprtes poder concluir que es EVIDENTE que el procedimiento quedó mal realizado a pesar de haberse indicado en la HC que fue un procedimiento sin complicaciones, pues la misma ciencia y técnica así lo señalan, prueba de ello, es el dictamen pericial aportado.

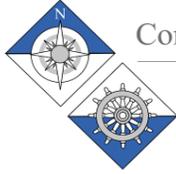
Finalmente el perito indica que: *el desalojo es consecuencia de haber quedado flojo, son dos conceptos conexos y no identicos, no hay lugar a dudas*. En consecuencia, se puede tener como conclusión del dictamen luego de realizado el CPRE: *allí habla de una filtracion del conducto cístico, cuya razón mas frecuente es el aflojamiento de los clips*, lo que permite, concatenar con lo indicado en líneas arriba.

5. La respuesta 5 del dictamen es muy clara al indicar el perito que *si el procedimeinto (COLELAP) fue ejecutado de manera correcta no deberian existir estos hallazgos de la TAC (colección localizada en el lecho vesicular, y colección loquida en el fondo del saco)* por lo que, es claro el error cometido en la humanidad de la paciente, aunado a todo lo expresado anteriormente, la demora, la negligencia y demás, que la llevaron al triste decenlace, LA MUERTE.



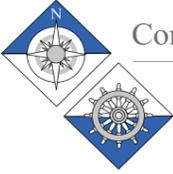
Pues si tomamos las palabras del perito, de haberse realizado el CPRE desde el 18 que tuvieron la clínica para ordenarlo, pero solo fue hasta el 1 de marzo que se efectuó, es evidente el daño causado a la paciente.

6. El perito indica que la paciente presentó un proceso inflamatorio no controlado luego de la COLELAP, y además, indica en la respuesta aclaratoria 7.b que de haberse diagnosticado a tiempo la filtración de la bilis, es una condición indispensable para poder intervenir y que el **resultado debería ser mejor**. En tanto, el perito atribuye la FISTULA BILIAR a lo siguiente:
 - o Conducto cístico mal grapado, en tanto una fístula no se hace por un DX tardío, ni tampoco se hace por la demora. En consecuencia, tenemos una causa evidente de lo ocurrido en la paciente, pues la pericia, así lo permite determinar.
7. El perito ante la sospecha o no de la LESION DUODENAL posterior al CPRE indica que es una opción lógica a tener en cuenta en este caso, en tanto, el manifiesta que es algo poco frecuente, pero si indica que es de alta mortalidad y en este caso, según el perito no se pudo comprobar en tanto el mismo estado de la paciente, tal como bien lo señala el perito en la respuesta 8 del dictámen pericial y complementado con la respuesta a esta misma pregunta reseñada en el escrito de aclaración del dictamen, en tanto, si era posible probarlo, pero lastimosamente en este asunto no se pudo.
8. El perito considera que la causa de la sepsis de origen biliar se origina después de la fístula biliar (FILTRACION BILIAR A PARTIR DEL MUÑON DEL CONDUCTO CÍSTICO), la cual, se originó porque se dejaron flojos los clips, lo que permitió que saliera la bilis a la cavidad peritoneal.
9. El perito deja claro en que las COMORBILIDADES de la paciente en nada influyeron, en tanto, solo son factores que pueden favorecer las complicaciones, en tanto la HC si hace referencia a ellas. Por ende, son las COMPLICACIONES que se dieron por los malos procedimientos quirúrgicos realizados y la demora en toda la atención las que según el perito llevaron al desenlace fatal de la paciente, con lo que, se puede concluir de este dictamen que, de haberse DX a tiempo y llevado a cabo unos buenos procedimientos quirúrgicos, el resultado debería (como dice el perito) haber sido diferente.



10. Es importante lo que resalta el perito cuando indica que los HOSPITALES son CRIADEROS de bacterias y otros, que son oportunistas, pero, de haberse realizado todo en su debida forma, sin dilaciones ni errores en los procedimientos médicos, se hubiere mermado la posibilidad de haber sido infectada por el gran numero de infecciones nosocomiales descritas en la HC de la paciente.
11. El perito reconoce que se presentó una FISTULA BILIAR secundaria al COLELAP y de acuerdo a la respuesta 12 del dictamen se avizora quien o quienes son los responsables de dichas actuaciones y posterior desenlace de la paciente, con las salvedades reseñadas en precedencia y señaladas por el mismo perito. Y finalmente aporta un dato importante, *SE PRESENTAN RETARDOS EN SITUACIONES DE TIPO ADMINISTRATIVO QUE NO SON DE MI COMPETENCIA*, resaltando con ello, y atribuyendo responsabilidad directa a la ESE y a las IPS demandadas en este proceso judicial. Concatenado a lo informado por el perito cuando indica en la respuesta 14 del dictámen: *toda demora siempre conlleva a un resultado menos óptimo*, por lo que, se reitera por el perito cuando responde la pregunta 14 de la aclaracion del dictámen cuando expresa: *hubo demora en la autorizacion de la CPRE*.
12. So pena de lo señalado por el PERITO, si hubo encarnecimiento terapeutico en la paciente, en tanto, el grave error cometido, llevó a que de manera innecesaria se le hicieran un sinnúmero de lavados peritoneales, para tratar de eliminar una colección abdominal infectada no drenada, tal como lo refiere el perito en la respuesta aclaratoria de la pregunta 13 del dictámen pericial.

R/. Al #2.34. No corresponde a un hecho (circunstancia de tiempo, modo y lugar) que se investiga con ocasión de la atención brindada en Fundación HSJ y lo que pretende probar. El apoderado de la parte actora incurre en error técnico intencional al pretender introducir como hecho una prueba (documento elaborado a posteriori y que se pretende hacer valer como dictamen pericial). Lo que deja en total evidencia es falta de técnica jurídica al desconocer el apoderado que es de la esencia de la peritación, el que su empleo es precisamente para "verificar hechos que interesan al proceso y requieren de especiales conocimientos científicos" (art. 226 C.G.P.).



Se trata pues de una opinión pericial y no de un hecho. En el peritaje de opinión, el perito se pronuncia sobre hechos que deben estar demostrados con otras pruebas. Obsérvese no obstante que en medicina son admisibles las discrepancias de opinión científica.

Nos hallamos ante un dictamen de opinión cuando sobre el punto no puede afirmarse que exista una verdad incontrastable y el dictamen tiene como objeto lograr la convicción del juez sobre determinada afirmación: la existencia de falla médica en el procedimiento practicado al paciente, y su incidencia determinante en el resultado.

En el dictamen de opinión, merece una cautela especial del juzgador: para su aceptación, debe hacer siempre un juicio de valor acerca de su contenido, de la idoneidad del perito y del resultado que propicia en función del tema a peritar. El dictamen de opinión tiene por objeto valoraciones que generalmente deben realizarse sobre hechos demostrados con otros medios de prueba.

Por lo tanto, las afirmaciones de la opinión pericial citadas por el apoderado serán objeto de debate probatorio y por tanto de contraste en curso del proceso con las demás pruebas. Deberá probarlo con validez científica.

RESPUESTA A LOS HECHOS DEL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

AL PRIMERO: Cierto en cuanto a que se formulo demanda, pero no significa que los daños y perjuicios aducidos en la misma han de prosperar.

AL SEGUNDO: No es cierto que por el hecho de haber valorado a la paciente el 15 de febrero de 2018 sea óbice suficiente y necesaria para imputar las complicaciones que tuvieron el desafortunado desenlace el 17 de agosto. Por todo lo expuesto al contestar los hechos de la demanda y como se podrá verificar con la prueba técnica. Deberá probarse idóneamente.

AL TERCERO: cierto.



AL CUARTO: No es cierto por las mismas razones expuestas al contestar el hecho Segundo de llamamiento.

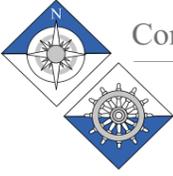
RAZONES DE LA DEFENSA FRENTE AL PROBLEMA JURIDICO PLANTEADO COMO IMPUTACION DE RESPONSABILIDAD Y FRENTE A LAS PRETENSIONES.

Dando crédito a lo registrado en las notas de la historia clínica, la paciente estaba en buenas condiciones al momento del alta el 16 de febrero, de una patología de la paciente que es sometida a una cirugía previa como la ya descrita.

La constipación en un paciente en posoperatorio de cirugía abdominal es un signo previsible por el trauma quirúrgico y al no estar asociado a irritación peritoneal ni a manifestaciones de respuesta inflamatoria sistémica no es indicativo de complicación que ameritara en ese momento conducta diferente dada la condición hemodinámica estable luego de la mejoría post enema con que curso en ese momento viabilizando el alta con advertencia de reconsultar ante signos de alarma. Luego la conducta brindada por la Dra. Marcia Liseth Moreno fue con validez científica.

Por lo demás la paciente siempre fue asistida de un equipo profesional competente para atender todas las necesidades que demandó en su oportunidad, sin que haya lugar a indicar que se halla presentado alguna omisión, descuido, tardanza, o falta de asistencia médica competente, pero que pese al esfuerzo terapéutico desafortunadamente culminó con un resultado no deseado.

Ahora bien, en respuesta a las consideraciones que como problema jurídico formula la parte actora a través de su apoderada, al afirmar que existe responsabilidad civil médica por la muerte de la señora Patricia Muñoz Rengifo por la supuesta negligencia en la atención médica que debió prestar de manera oportuna el equipo galénico del que hiciera parte mi patrocinada; debemos precisar que no tiene aplicación al caso sub judice, puesto que la actividad médica no es una actividad peligrosa, así su práctica de ordinaria entrañe riesgos de estirpe médico -terapéutica,



también denominada ***alea terapéutica*** que corresponde definir como ***“la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia.”***² Riesgos que se han estimado, en mayor o menor proporción, con naturaleza del acto médico dependiendo de su tipología y una serie de factores exógenos o extrínsecos, ajenos a la pericia, destreza e intención del galeno, tales como la edad, las preexistencias, los antecedentes genéticos y patológicos del paciente³.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencia lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. El galeno como en este caso por antonomasia procuraba preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiarle.

El galeno puede prestar sus servicios directamente sobre el cuerpo humano y en su intento de curar al enfermo lo interviene y produce alteraciones, laceraciones y mutilaciones mediante el empleo de medicamentos, instrumentos y procedimientos quirúrgicos, lo hace precisamente para restablecer la salud del paciente, para ver de aliviar los padecimientos en que consiste su dolencia, para curar el mal que lo aqueja, en fin para conjurar un estado de cosas perjudiciales.⁴

² Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibañez 2008. Pag 380.

³ Cita Carlos Ignacio Jaramillo, Responsabilidad Civil Médica. Ciencias jurídicas. Universidad Javeriana, Pág. 161.

⁴ Responsabilidad Civil Medica, Ensayo crítico de la jurisprudencia en Revista de la Academia Colombiana de Jurisprudencia, Numero 300-301 de Santa fé de Bogotá Pág. 62.

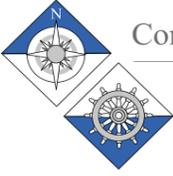


Por lo expuesto se tiene que la Dra. Moreno no es responsable de la muerte imputada a título de culpa por la parte actora, pues se identifica que hubo **PERTINENCIA EN LA ATENCION**, paciente quien durante la estancia en Fundacion FSJ se le brindo una atención integral por parte de un equipo idóneo y multidisciplinario, con manejos ajustados y pertinentes a la evolución de su cuadro clínico, a quien se le ordenaron ayudas diagnósticas pertinentes frente al estado clínico y el nivel de intervención que requería el paciente en su oportunidad.

Se identifica que hubo **OPORTUNIDAD EN EL SERVICIO**, paciente quien se atendió de manera oportuna en el servicio, con solicitud de ayudas diagnósticas y toma de decisiones congruentes con la situación clínica del paciente.

Se identifica **CONTINUIDAD EN LA ATENCION**, debido a que hubo una secuencia lógica frente a la atención médica del caso. Se abordó inicialmente realizándole manejo medico a los signos que presentaba el paciente, se solicitó ayudas diagnósticas, se le realizo una observación adecuada a la evolución clínica y se practicó intervención quirúrgica cuando era indicado y seguro.

Frente a las pretensiones hemos de indicar que, con fundamento en los razonamientos expuestos en esta contestación de la demanda y del llamamiento, por considerarla infundada, por no existir causa, ni nexo causal, ni culpa ni falla presunta o daño antijurídico, no hay obligación alguna pendiente. Nos oponemos a todas y cada uno de las pretensiones y en especial a que se declare responsable a mi patrocinada con ocasión de la acción VERBAL de Responsabilidad Civil que promoviera ante esta instancia Armando Muñoz Rengifo, con lo cual estamos significando que las condiciones de salud que evidenciara la paciente, no tuvieron origen en la conducta Profesional Médica adelantada por el Equipo de salud del que hiciera parte mi patrocinada pues esta fue la adecuada, correcta y aceptada por la ciencia médica actual, pues se cumplió con los procedimientos esperados se le presto al paciente la atención médica necesaria a través del servicio de salud que requería, con lo cual estamos indicando que la patología de base del paciente y el compromiso que tuviera el



fatal desenlace no ha tenido origen en conducta de la profesional que represento.

Precisemos que la conducta médica que se implementa al ir precedida de un juicio de valor no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. En tratándose de ciencia-medica que por su naturaleza es inexacta, el análisis de la conducta médica debe hacerse *ex-ante* y NO *ex post*. Atendiendo a las múltiples particularidades clínico-patológicas, evidenciadas, que puede presentar la enfermedad en evolución como la que padecía la paciente y sus comorbilidades.

En el caso particular se trató de una paciente con una patología cuyas manifestaciones clínicas constituyo un reto de solución para el equipo médico que estuvo siempre dispuesto a asumir y a tratar de resolver en forma satisfactoria, sin que esto implicara que necesariamente debía ser exitosa, garantía que ningún galeno ni institución de salud puede ofrecer. La obligación del médico es disponer de todos sus conocimientos y los recursos que están a su alcance para resolver el problema de salud de su paciente, no se adolece de esto en el manejo de este caso por parte del Equipo médico dispuesto para ello quienes estuvieron atentos y oportunos en el manejo y cuidado en la instancia que fue requerida su atención.

Resulta pues claro que no existió omisión, negligencia, impericia y descuido alguno de los médicos tratantes, y en particular del aquí demandado. En ninguna parte de la historia clínica se observa alguna de estas conductas por parte de los profesionales de la salud dispuestos por Fundación FSJ. En todo momento la conducta asumida con el caso fue prudente e idónea. La complejidad de los hallazgos no era predecible de ninguna otra forma, el escenario clínico no cambiaba las condiciones ya establecidas por un proceso patológico crónico subyacente. Los galenos, pusieron a disposición de su paciente sus conocimientos para resolver la situación. Fue intervenido quirúrgicamente cuando bajo la experticia (experiencia, pericia y



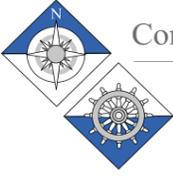
conocimientos técnico científico) y discrecionalidad científica era necesario hacerlo manteniendo actitud prudente y cuidadosa por que prevén la probabilidad de complicaciones y quiere identificarlas a tiempo, vislumbrando los diferentes escenarios (morbimortalidad) a que se pueden ver abocados.

Se reitera no existe daño indemnizable a cargo de la Dra. Moreno, no existe fundamento ni científico ni mucho menos jurídico para imputar el resultado y mucho menos que lo que constituye riesgo inherente a la patología de base que registro en el historial clínico la paciente de lugar a reparación o indemnización alguna.

Precisemos que la actividad del medico no es fuente o creadora de riegos, su intervención por el contrario procura afrontar y sortear los originados por la enfermedad. Por lo que las complicaciones sobrevinientes no pueden predicarse de factores culpables de la galeno Dra. Moreno, por lo que no resulta valido endilgar responsabilidad por hechos ajenos a su voluntad, los que no están dentro de la orbita de negligencia, impericia, o incumplimiento a la lex artis.

Dentro del marco de la responsabilidad medica debe juzgarse que los riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con este, sea por las causas especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnica o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas que eventualmente pueden genera daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

EXCEPCIONES DE MERITO



I. RIESGO⁵ INHERENTE⁶ E INCULPABLE. LA PATOLOGIA DE BASE Y SU EVOLUCION.

Corte Suprema de Justicia Luis Armando Tolosa Villabona SC7110-2017 del 24 de mayo. Ante eventos de riesgo inherente el paciente debe soportar sus consecuencias, máxime si además hallan soporte en el Consentimiento Informado. No hay daño indemnizable. Corte Suprema de Justicia Luis Armando Tolosa Villabona SC3272-2020 2007-00403-02 de septiembre 7 de 2020.

La patología o la agravación del estado de salud como complicación, constituye un resultado desafortunado, entendido como daño anatómico médicamente hablando y este puede ser la muerte del paciente.

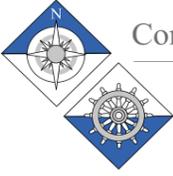
En el caso sub judice el equipo médico procedió a calcular el riesgo, esto es se tomaron todas las previsiones para que los eventos que pudieran afectar la salud de la paciente no tengan ocurrencia, ni los efectos secundarios que pueda conllevar el tratamiento o los riesgos que lleguen a sobrevenir como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

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

Es necesario reconocer entonces que en la actividad medica todo tratamiento o terapéutica en mayor o menor grado de incidencia implica riesgo, y tal riesgo podrá ser de gran entidad como lesión o muerte o de mínima entidad. De allí que se pueda catalogar de **actividad de riesgo-beneficio**, calificación absolutamente distinta de

⁵Riesgo: Proximidad de ocurrencia de un daño, o de un peligro, un accidente o contingencia. Contingencia o proximidad de un daño, peligro o riesgo o contingencia inminente de que suceda algún mal o situación en que aumenta la inminencia del daño. RAE. Diccionario de la Real Academia de la lengua Española.

⁶Inherente: que por su naturaleza esta de tal manera unido a algo que no se puede separar de ello. RAE.



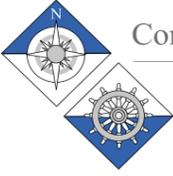
actividades peligrosas como la conducción de vehículos en la que de igual manera puede sobrevenir un resultado indeseado como la muerte o lesión de un peatón, sin que por ello tal consecuencia se traduzca en una responsabilidad del conductor amén de que aparezca acreditado que el evento suscitado haya tenido ocurrencia dentro del margen de riesgo permitido, esto es dentro del rango de velocidad autorizada que constituiría la regla mínima de cuidado.

Destaquemos para el objeto de estudio que son las interacciones las riesgosas y no los resultados, con lo que se constata es la falta de situación típica, se tiene es la intención de un menor riesgo; no tiene sentido discutir el problema del resultado. De lo que se trata es de determinar si se está en el ámbito del riesgo permitido; de ser así no hay situación típica, y por consiguiente no tiene sentido entrar en la cuestión del resultado, son atípicos. Su actividad es permitida antes que se haya causado cualquier resultado independientemente de su causación y aquí se hace necesario destacar una sentencia de 12 de Noviembre de 1999, donde se advierte que el juicio de valor de la conducta se debe dar *ex ante* y *no ex post*. Igualmente una decisión del Consejo de Estado con relación a una demanda por falla del servicio médico donde se reconoce como situación de fuerza mayor la complicación sobreviniente.⁷

Por otra parte, se entiende por "*riesgo*" la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Ahondando en el examen del ***acto médico propiamente dicho***, se trata de toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras, esto es a procurar curar al enfermo; para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de aquel y, de ser el caso, a intervenirlos quirúrgicamente.

Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar

⁷Sentencia de agosto 24 de 1998 M.P. Jesús María Carrillo. Jurisprudencia y Doctrina pag 1618-19.

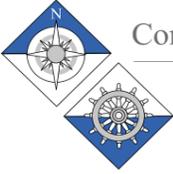


algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o afeas propias de la ciencia médica, o **aquellas que se derivan del estado del paciente** o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

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

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

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



sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Aquel goza de cierta discreción.⁸

Como corolario se puede concluir que cualquiera sea la óptica con la que se pretenda examinar el caso en particular, no se puede llegar a reprobar jurídicamente la conducta adoptada por la Dra. Marcia L. Moreno. y el equipo médico de la Fundación FSJ, en el tratamiento a su paciente, ya que las condiciones en que ingresa y su desenlace suscitado no puede ser estimado como un resultado dañoso, pues se presentó por las contingencias propias de la actividad desplegada como riesgo inherente de su patología de base y no por la causación voluntaria, siendo en tal condición irrelevante desde punto de vista de la responsabilidad civil.

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

En el caso objeto de análisis se tiene que se da un resultado, esto es, la muerte del paciente pese a que se actuó adecuadamente conforme los cánones médicos, o también llamada la *lex artis* o norma de atención aceptada. Luego, lo acaecido en este

⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACION CIVIL PEDRO CTAVIO MUNAR CADENA 26 de noviembre de 2010 REF:EXPEDIENTE No. 11001 3103 013 1999 08667 01



caso, en el que el paciente presentó complicación de su patología de base que lo condujera a su muerte, que como riesgo inherente reconocido por la literatura científica que no fue posible superar pese al esfuerzo terapéutico, pero que por el hecho de que se presente y no sea posible superar, aún al más idóneo y competente de los profesionales, pese a su buena práctica médica el resultado acontecido no constituye una responsabilidad civil.

En el caso presente procedió el equipo médico de la Clínica a reanimar y practicar los exámenes pertinentes de cara al manejo que demandaba la paciente en cada momento. Sin que el resultado acaecido por ello se traduzca en culpa médica., como lo sustentan los estudios no solo de la literatura científica, sino de los pares expertos.

Por otra parte, se entiende por "riesgo" a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Cuando aludimos al riesgo quirúrgico lo hacemos para referirnos a los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y que obedecen a la presencia de factores ajenos al acto quirúrgico, ejerció de una influencia negativa sobre su resultado.⁹

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

Empero, no puede desconocerse que no son pocas las circunstancias en que ciertos eventos escapan al control del médico, pues a pesar de la prudencia y diligencia con las que actúe en su ejercicio profesional, no puede prevenir o evitar algunas consecuencias dañosas. Así acontece, *verbigratia*, en aquellas situaciones en las que obran limitaciones o aleas propias de la ciencia médica, o aquellas que se derivan del

⁹ Cita de URRUTIA A.R. Responsabilidad médico-legal de los obstetra. La Rocca. Buenos aires, 2004 pag.236. en el texto Tratado de Responsabilidad Medica. Marcelo J. López Mesa. Legis. 2007. Pag. 582.

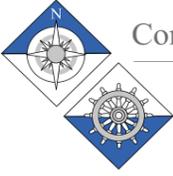


estado del paciente o que provengan de sus reacciones orgánicas imprevisibles o de patologías iatrogénicas o las causadas por el riesgo anestésico, entre otras las cuales podrían calificarse en algunas hipótesis como verdaderos casos fortuitos con la entidad suficiente para exonerarlo del deber resarcitorio.

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

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

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



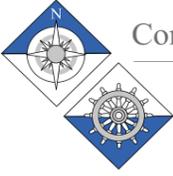
Y en el ámbito quirúrgico, el riesgo corresponde a un concepto clínico -pronóstico-, fundado en la apreciación de la morbilidad, resistencia individual y operación, evaluación a la que es sometido el paciente antes de la intervención, a efecto de establecer su predisposición a sufrir afecciones en la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

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

Estas reflexiones resultan útiles en la comprensión del caso aquí debatido, ya que el Tratamiento, en un sentido amplio definido como la actividad del médico enderezada a curar, atemperar o mitigar la enfermedad padecida por el paciente, o a preservar directa o indirectamente su salud (cuando asume un carácter preventivo o profiláctico), o a mejorar su aspecto estético.

En el diagnóstico y tratamiento se asume un fin eminentemente curativo, entendido este no solo en el sentido de sanar al paciente, sino, también, dependiendo de las circunstancias del caso, el de impedir el agravamiento del mal, o el de hacerlo más llevadero, o mejorar sus condiciones de vida e, incluso, en el caso de enfermos terminales, mitigar sus padecimientos. Así las cosas, el facultativo se encuentra ante una ponderación de intereses en la que, atendiendo las reglas de la ciencia, debe prevalecer aquella consideración que le brinde la mayor probabilidad de alcanzar la finalidad propuesta. Aquel goza de cierta discreción.¹⁰

¹⁰ **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA SALA DE CASACION CIVIL PEDRO CTAVIO MUNAR CADENA 26 de noviembre de 2010 REF: EXPEDIENTE No. 11001 3103 013 1999 08667 01**



II. AUSENCIA DE CULPA Y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

1. EL EQUIPO MEDICO Y LA GALENA MARCIA LISETH MORENO EN PARTICULAR NO INCURRIO EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL. CONSECUENTEMENTE FORMULO COMO EXCEPCION LA INEXISTENCIA DE RELACION DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER PROFESIONAL MEDICO BRINDADOS DURANTE LA ATENCION MEDICA Y EL RESULTADO DESAFORTUNADO QUE AFECTO A LA PACIENTE.

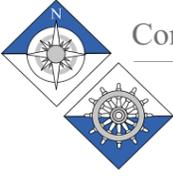
Siendo la ciencia médica, un ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.¹¹

Pues recordemos que la conducta que se implementa al ir precedida de un juicio de valor, no puede hacerle exigible la infalibilidad, dado el grado de discrecionalidad que tienen los profesionales en la elección de los diferentes medios conocidos por la ciencia médica. El medico dado el criterio de **discrecionalidad científica** debe gozar de plena libertad para elegir el tratamiento correcto emprendiendo las iniciativas que estime correctas. Someter tal conducta al posterior control judicial para determinar si cumplió o no, comprobar si hubo o no culpa, expone la actividad medica al riesgo de coartar la libre elección e iniciativa del profesional.

En ese sentido el Consejo de Estado con ponencia del Mg. Alier Hernández¹² coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento reciente expreso: *"Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta medica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico*

¹¹ Gonzalez Moran, La responsabilidad civil del medico pag 96

¹² Consejo de Estado, Alier Hernández E. Nov. 8/01



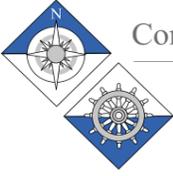
correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López¹³ previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar".

De acuerdo con el criterio científico el Equipo médico, y la Dra. Moreno en particular actuó ajustada a los cánones médicos al tratar la paciente conforme a los parámetros indicados, los procedimientos corresponden a lo que indica la ciencia médica para el caso específico, siendo idóneo en su campo, luego el resultado que pudo haber sobrevenido no se puede enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño, sino que corresponden a complicación denominada riesgo inherente a este tipo de evento. Como así aparece descrito en la literatura médica para casos como el de este paciente cuya patología de base descrita condujeran al resultado desafortunado, por lo que corresponden a complicaciones derivadas de la propia patología de base. Analizados los medios utilizados, se encuentra que estos estuvieron debidamente empleados.

Ello lo que nos está significando es que no hay evidencia que permita considerar que el equipo médico, obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que su conducta fue adecuada y diligente, a la expectativa de comportamiento tanto en el diagnóstico como la terapéutica y para el momento de proceder quirúrgicamente y en postoperatorio inmediato.

Lo discutido en este caso no es un problema de causalidad en la vertiente jurídica, sino una cuestión meramente fáctica. La conducta del médico no resulta relevante causalmente desde el punto de vista estrictamente físico, de suerte que su actuación "no es susceptible de ser considerada como condición necesaria para la producción del resultado dañoso.

¹³ Ataz Lopez, Joaquin. Los medicos y la responsabilidad Ed. Montecorvo, Madrid, 1985 pag.307,308.

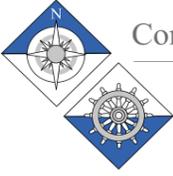


No se puede caer en el error de razonar en el sentido de que, si el resultado de la intervención médica es incompatible con las consecuencias que se esperaban llegaran a producirse, ello haya sido porque el médico no haya actuado con una conducta profesional diligente. O dicho de otra manera si el resultado no es el que tenía que haberse producido, no es posible que el médico no haya incurrido en culpa. Razonamiento gráficamente tentador, sin embargo, existe por lo menos el riesgo de que al razonar así se incurra en lo que la jurisprudencia viene considerando, a otros efectos, hacer supuesto de la cuestión, es decir convertir en premisa lo que es una simple hipótesis. Ello sería incurrir en una forma de tautología. Así, quiere decir que el razonamiento basado en el *resultado desproporcionado* tiene el inconveniente de que si quien aplica el adjetivo desproporcionado es un profano en Medicina, es evidente el riesgo de entender que lo (desproporcionado) algo que, acaso, desde el punto de vista de la ciencia médica no lo sea en absoluto. Lo que significa esto es, que afirmar un jurista (y por tanto profano en medicina) que el resultado de una actuación médica es desproporcionado significa realizar un juicio de valor en el que el elemento de comparación (aquello respecto de lo cual se predica la falta de proporción) no es realmente conocido por parte de quien lleva a cabo tal juicio de valor.

Dicho de otro modo, quizá no sea muy cabal que quien valora desde el punto de vista jurídico una actuación médica, se deje llevar por la idea que él tenga (partimos de la hipótesis de que no se trata de un conocedor de Medicina) acerca de lo que es proporcionado; y por ello, desproporcionado.

En cita de derecho comparado del catedrático Ricardo De Ángel Yagüez al prologar al tratadista Carlos I. Jaramillo¹⁴ pone de manifiesto la incongruencia que constituye sustraer la actividad médica a la *teoría del riesgo*, siendo así que este último *el riesgo es una de las características de la práctica de los actos médicos*, y al destacar la jurisprudencia española señala "*la singularidad del objeto de actuación de la Medicina, la persona como organismo vivo sujeto a reacciones y sensibilidades imprevisibles en el estado actual de la ciencia médica*". Expresión a la que se suele unir

¹⁴ La Culpa y la Carga de la Prueba en el campo de la Responsabilidad Medica. Ed. Ibañez. Javeriana Bogotá. Carlos Ignacio Jaramillo J. pag. 31 ed. 20



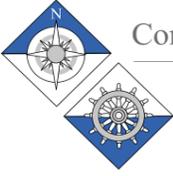
la observación de que el resultado, entendido como curación del paciente, es “de impredecible previsión hasta por el enigma somático o reacción fisiológica del enfermo”.

En el alcance del sustento de la demanda se observa que el actor pretende edificar una culpa y una consecuencia indemnizatoria sin importar su origen, esquema jurídico propio de las responsabilidades objetivas dentro del marco de las actividades peligrosas, circunstancia que no puede ser de recibo en el presente caso, máxime que la actividad médica constituye un concepto tridimensional que entremezcla, **la técnica, la ética y el derecho**. En este sentido la Corte Suprema precisó que “*ciertamente, el acto médico quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero este, al contrario lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha asignado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tienen fundamentos éticos, científicos, de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesaria para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no solo por el principio de solidaridad social como deber ciudadano impone la Constitución, sino particularmente “por las implicaciones humanísticas que le son inherentes al ejercicio de la medicina”*¹⁵

Por otra parte se entiende por “riesgo” a la posibilidad de que un efecto nocivo o deletéreo se presente, ya sea durante la evolución de una enfermedad en el curso de un tratamiento. Cuando aludimos al riesgo quirúrgico lo hacemos para referirnos a los accidentes operatorios no imputables a los cirujanos y que obedecen a la presencia de factores ajenos al acto quirúrgico, ejercicio de una influencia negativa sobre su resultado.¹⁶

¹⁵ Sentencia de Enero 30 de 2001, Magistrado Ponente José Fernando Ramírez.

¹⁶ Cita de URRUTIA A.R. Responsabilidad médico-legal de los obstetra. La Rocca. Buenos aires, 2004 pag.236. en el texto Tratado de Responsabilidad Médica. Marcelo J. Lopez Mesa. Legis. 2007. Pag. 582.



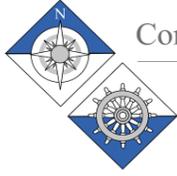
El estado del paciente y sus reacciones orgánicas también pueden generar situaciones francamente imprevisibles que debe evaluar el juzgador al momento de determinar la responsabilidad médica; así, un marcado deterioro del estado de la salud puede incrementar el riesgo anestésico y quirúrgico, o el suministro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

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

Basta concluir que cuando se habla de riesgo médico o alea terapéutica si se quiere, se hace referencia a "*todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible*". El alea es también definido como "*ligado a un peligro, medible en general estadísticamente pero no previsible de manera individual, de un acto médico o paramédico susceptible de causar un daño independientemente de todo estado patológico individual.*" Los que en todo caso deben ser soportados por el paciente.¹⁷

Finalmente, continuando con el planteamiento realizado en las excepciones anteriores y fundamentado en los hechos y contestación, no otra cosa se puede predicar como conclusión que NO EXISTE RELACION DE CAUSALIDAD entre la conducta de los galenos (Dra. Moreno en particular) y el evento de la patología de base y evolución que presentara la paciente, que nos lleve a hacer la imputación

¹⁷Cita de derecho comparado que trae el texto de Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Médica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 383.



Jurídica. Tampoco se puede predicar relación de causalidad entre la labor que cumplió el equipo médico y el desenlace fatal por lo que tampoco se puede hacer imputación jurídica en cabeza de este.

Como ingrediente de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que este haya incurrido en alguna modalidad culposa, por el contrario como lo advertíamos en otro aparte de esta contestación ha sido diligente y cuidadosa. No se configura la culpa en ninguna de sus formas. No hubo impericia, ya que a la Dra. Moreno, lo respalda experiencia en el área aplicable al caso, también su idoneidad aparece comprobada con los estudios de carácter médico científico realizados hasta la fecha. El tratamiento utilizado está certificado por diversas Instituciones de carácter médico de reconocimiento legal que aceptan y recomiendan el tratamiento emprendido. No hubo negligencia de su parte, ya que aplico los conocimientos médicos científicos indicados y lo hizo en forma adecuada y oportuna, sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. Y mucho menos se dio Imprudencia, pues dispuso de los medios adecuados para la consecución de su fin. Si por darse un resultado indeseado, no obstante el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY.

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

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

Los procedimientos realizados por la Dra. Moreno no fueron la causa de la evolución que presentó la paciente. En ese sentido anota el Consejero de Estado Alier



Hernández *"los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos."* Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres : *"creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad medica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo"*¹⁸

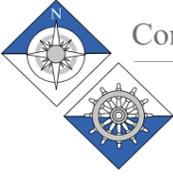
El evento objeto de estudio constituye en ultimas un fenómeno de difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, los profesionales médicos que suministraran en su oportunidad la atención al paciente son profesionales de reconocida idoneidad y amplia experiencia para quien tales efectos dañosos son igualmente imprevisibles, máxime si se adoptaran medidas terapéuticas para que ello en lo posible no acaeciera.

Los riesgos materializados en el paciente corresponden a lo que la doctrina denomina ***alea terapéutica***¹⁹ que corresponde definir como *"la parte de incertidumbre inherente a toda intervención quirúrgica o a todo acto médico cualquiera que sea su naturaleza, debida a las reacciones imprevisibles del paciente o a circunstancias imparables al origen de un daño que no tiene relación ni con el estado inicial que ha justificado el procedimiento médico, ni con la técnica empleada, ni la competencia de los profesionales que prestan la asistencia."*²⁰

¹⁸ Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Ob. citada. Pag 340.

¹⁹ El alea en el campo medico es sinónimo de riesgo.

²⁰ Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 380. La definición corresponde a aquella adoptada en Francia por la Sociedad Hospitalaria.



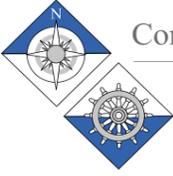
Alea terapéutica también definido como “la parte del riesgo que comporta inevitablemente un tratamiento médico o farmacéutico legítimo y correctamente llevado a cabo y cuya realización entraña la no cura o efectos indeseables, o como “la constatación de la impotencia de la intervención médica de cara a un riesgo no controlable en el estado actual de la ciencia a la época de la asistencia. Se trata incluso de un cierto modo, del sobrevenir de un caso fortuito que normalmente exonera de responsabilidad.”²¹

El legislador francés hace remisión expresa a los términos accidente médico, afección iatrogénica e infección nosocomial. Basta concluir que cuando se habla de riesgo médico o alea terapéutica si se quiere, se hace referencia a “todo acontecimiento dañoso ocurrido al paciente sin que una torpeza y más generalmente una culpa pueda ser imputada al médico y sin que ese daño tenga relación con el estado inicial del paciente o con su evolución previsible”. El alea es también definido como “ligado a un peligro, medible en general estadísticamente pero no previsible de manera individual, de un acto médico o paramédico susceptible de causar un daño independientemente de todo estado patológico individual.” Los que en todo caso deben ser soportados por el paciente.²²

3. LA CALIFICACIÓN DE LAS OBLIGACIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO OBLIGACIONES DE MEDIO Y NO DE RESULTADO ES UN CRITERIO DETERMINANTE PARA PRECISAR EL ALCANCE DE LA PRESTACIÓN A QUE ESTABA OBLIGADA LA DRA. MORENO.

²¹ Esta definición como fruto de la manifestación que hiciera la Casación en el fallo Tourneur del 8 de noviembre de 2000, en el cual propuso añadir el alea terapéutica como causa exoneratoria de la responsabilidad. Esta alea presenta casi los aspectos de la fuerza mayor (imprevisibilidad en su ocurrencia, irresistible en sus efectos, pero al contrario de ella, no es exterior al demandado) ahora bien, la fuerza mayor constituye un caso de exoneración en materia de responsabilidad sin culpa.

²² Cita de derecho comparado que trae el texto de Mónica Lucia Fernández, La Responsabilidad Medica. Problemas actuales. Ibáñez 2008. Pag 383.



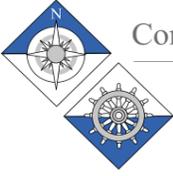
Es criterio definido tanto por la doctrina, la jurisprudencia como la ley que las obligaciones de la actividad medica son obligaciones de medio. La ley 1438 del 19 de enero 2011, en su artículo 104, modificadorio del artículo 26 de la ley 1164 de 2007, consagra que la relación de asistencia en salud entre el profesional de la salud y el usuario genera una obligación de medio.

Por su parte, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido reiterativa en reconocer la obligación médica como de medio.²³ En tal virtud, el Despacho debe tener en consideración que al indicarse que las obligaciones asumidas por la Dra. Moreno son obligaciones de medio y no de resultado, determinan, por un lado, el alcance de la prestación a que estaba obligada, al tiempo que, por otro lado, condicionan la carga de la prueba en cabeza de la parte actora.

Al Equipo médico le correspondió la atención de la paciente, lo hizo cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser **endógenos o biológicos, propios de individuo** y exógenos o del medio ambiente, un ejemplo de dicho factor lo constituye la patología de base que registraba el paciente, y en el que los galenos actuaran en procura de evitar el desenlace fatal. Evento que hace parte incluso de la evolución natural de la enfermedad y en algunos eventos sin que sea posible su interrupción producto de las complicaciones de la patología, con capacidad de llevar a un resultado insatisfactorio catastrófico que pese a los medios implementados se presenta constituyendo así un evento irresistible de sortear.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud

²³ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de enero de 2001. M. P.: Dr. José Fernando Ramírez.



del paciente, ya que está obligado al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Para el momento que fue tratado el paciente por el equipo médico se procuraba por este precisamente implementar unos medios que le permitieran sortear la enfermedad que se manifestara en ese momento, requiriendo para enfrentarla el practicar los respectivos procedimientos indicados dentro de las expectativas de conducta profesional.

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

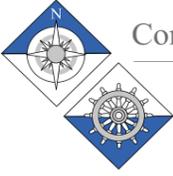
"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de agosto 24 de 1998. Expediente II.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

En igual sentido, la Corte Constitucional señaló que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.²⁴

4. EXONERACIÓN POR ESTAR PROBADO QUE EL EQUIPO MEDICO DEL QUE HIZO PARTE LA DRA MORENO EMPLEÓ LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO.

Por cuanto el objeto de la obligación del equipo médico en general, se desarrolló dentro de los lineamientos que la técnica médica espera, acepta y recomienda como tratamiento para el cuadro que evidencio en ese instante el paciente, en el estadio y con la evidencia puesta de presente. El paciente fue atendido por profesionales médicos idóneos, calificados y de forma diligente y oportuna.

²⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-645 del 26 de noviembre de 1996. M. P.: Dr. Alejandro Martínez Caballero.



La labor de los profesionales de la salud se desarrolló dentro de lineamientos esperados. Debemos destacar que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas los resultados de éstos procedimientos médicos podrán ser esperables, pero nunca predecibles, ya que ningún cirujano por más experto y hábil que sea puede garantizar previo a la intervención o al tratamiento un resultado ciento por ciento satisfactorio ya que en el mismo tratamiento se pueden presentar situaciones inherentes a las características individuales del paciente ó idiosincrasia, y que pese a haber implementado en su oportunidad el tratamiento reconocido y aceptado y basado en evidencia, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito que constituyen un hecho imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable e irresistible.

III. CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR.

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la *carga de la prueba*²⁵, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos de la CLINICA como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente.

²⁵ Carga de la prueba en la Responsabilidad Medica: Mario Fernando Parra Guzmán. Ed. doctrina y ley. 2004
“es importante establecer que el efecto relevante de las obligaciones de medio y de resultado, está referido, sobre todo, al problema de la carga de la prueba: en las obligaciones de medio le corresponderá al acreedor (de la atención medica) en este caso, al paciente, demostrar la negligencia del profesional de la medicina y de la institución hospitalaria, y de acuerdo con ello, al profesional y a la institución les corresponderá probar que fueron lo suficientemente cuidadosos y prudentes para trata de lograr el resultado, pero que por circunstancias ajenas a su voluntad.” pag. 45



Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio médico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien, lo señalo la Corte²⁶ que *"el medico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado"*.

El *onus probandi* permanece inmodificable, es decir la carga, recae fundamentalmente en el demandante, por cuanto su pretensión se apoya en una norma de derecho sustancial objeto de protección. Es la tendencia normal de los procesos, y los de responsabilidad médica no son la excepción, corresponde entonces al demandante probar la culpa del galeno; y como elemento relevante de gran complejidad, el nexo de causalidad con el daño sobreviniente. Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado²⁷ se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la *lex artis*, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado.

²⁶ Sentencia de Casación exped. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.

²⁷ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 exp. 5507 Jose Fernando Ramírez Gómez. Pag. 25.

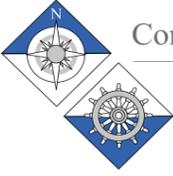


Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expreso *"tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado"*.²⁸ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de *responsabilidad objetiva*. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

²⁸ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



IV. LA GALENO MARCIA LISETH MORENO NO LE OCASIONO NINGUNA PERDIDA DE OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR A LA PACIENTE

Ha sido criterio de la Corte²⁹ en sede civil, que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo. En igual sentido el Consejo de Estado³⁰ ha expresado, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto, es decir que no se trate de meras posibilidades, o de una simple especulación.

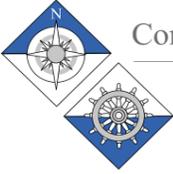
Por su parte la doctrina nacional³¹ igualmente ha esbozado su criterio según el cual, el perjuicio eventual no otorga derecho a indemnización, y que eventualidad y certeza se convierten en términos opuestos desde un punto de vista lógico, pues el perjuicio es calificado de eventual –sin dar derecho a indemnización–, o de cierto –con lo cual surge entonces la posibilidad de derecho a indemnización–, pero jamás puede recibir las dos calificaciones.

Cuando se habla de daño cierto, entonces, no se alude a una clase especial de daño, sino que se quiere expresar que el agravio debe poseer una determinada condición de certeza para que origine efectos jurídicos, condición sobre la que no se hace necesario hacer mayor hincapié, puesto que todo hecho, para ser tenido en cuenta y surtir consecuencias debe estar comprobado.

²⁹ Sentencias de 17 de febrero de 1994, expediente 6783, y de 9 de mayo de 1995, expediente 8587.

³⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia de 7 de febrero de 2000, expediente 11649, actor Jesús Antonio Arce Jiménez.

³¹ Puede consultarse en este sentido la obra “El Daño” de Juan Carlos Henao, U. Externado, 1998. PAG. 160 pérdida de oportunidad en general y 166 y s.s. en materia médica.



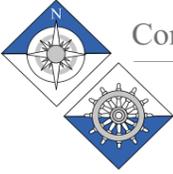
En tanto que cuando se habla de daño eventual es aquel cuya existencia dependerá de la realización de otros acontecimientos extraños al hecho ilícito en cuestión, que concurren con éste a la formación del perjuicio. A diferencia del daño eventual, tanto el daño actual como el futuro deben ser ciertos, entendiéndose por ello la existencia de los mismos debe constar de manera indubitable mediante la comprobación de la vulneración de un derecho subjetivo del demandado y no depender esta vulneración de otros acontecimientos que puedan o no producirse con posterioridad.

Si el juez indemniza las consecuencias futuras de un daño es porque se halla capacitado para apreciar, partiendo de la existencia cierta de un agravio, en forma más o menos exacta, las repercusiones que el hecho ocasionará más adelante, cálculo que, en cambio, no puede en manera alguna efectuar, a menos de entrar en el terreno movedizo e incierto de las conjeturas, cuando la existencia del agravio depende de la producción de una serie de hechos contingentes y extraños al hecho ilícito en cuestión.³²

En materia de pérdida de oportunidad en cada caso se impone el examen de los hechos que permita calificar el daño. La pérdida de oportunidad en ocasiones es un perjuicio actual y en otras un perjuicio futuro. Invocada la posibilidad de un perjuicio cuya realización no puede constatarse, la incertidumbre subsistirá por siempre pero la oportunidad existía, se perdió y en forma definitiva.

La pérdida de una oportunidad como perjuicio futuro siendo creíblemente irremediable también puede implicar repercusiones futuras, porque o bien se

³² VEASE Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001 CONSEJO DE ESTADO. Sentencia de enero 24 de 2002. Expediente 12.706. Consejero Ponente: Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros. Sentencia 14675 de septiembre 7 de 2004 SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA Radicación 14.675 Consejera Ponente: Dra. Nora Cecilia Gómez Molina

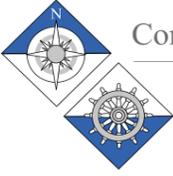


prolonga en el tiempo como la pérdida de la posibilidad de una situación superior, o de una curación. Lo cierto es que el caso sub judice nos permite demostrar con claridad meridiana que el paciente desde el momento mismo que le fue practicada la primer cirugía no tenía verdaderas esperanzas de curación, y la expectativa de sobrevivida se vieron comprometidas por la complejidad de la entidad patológica con la que curso como fue la enfermedad de colon denominada diverticulitis que hacían igualmente complejo su manejo dependiendo de múltiples circunstancias que no dependieron precisamente del equipo medico que brindara la atención.

La pérdida de la oportunidad de curarse o de sobrevivir se toma en consideración cuando es virtual y atribuible al accidente, en tanto que si ella es apenas eventual no será tenida como reparable: *“Si la víctima o sus causahabientes pueden establecer que sus oportunidades de curación hubiesen sido más grandes si el médico le hubiera dispensado cuidados más atentos, ella podría obtener por ese concepto indemnización de daños y perjuicios”*³³ Se destaca en ese mismo sentido algunas precisiones que Francois Chabas ha realizado para admitir aplicar la perdida de oportunidad:

1. Se requiere que la víctima haya tenido una oportunidad, un álea, lo cual implica que:
 - a) *“la víctima no tenía más que una esperanza: la de ver realizarse un evento benéfico... En la pérdida de una oportunidad, el proceso que podía conducir a la pérdida de la ‘ventaja esperada’ está generalmente iniciado. **Es así como hablaremos de la pérdida de una oportunidad de sobrevivir para aquel que no tiene sino oportunidades de no morir.** Y ello es paradójicamente diferente de la situación de quien tiene oportunidades de morir. El álea no es la misma cosa que el riesgo”,* y
 - b) la oportunidad debía existir, ser real y no meramente hipotética.
2. Que por culpa del agente se haya perdido esa oportunidad. Debe existir relación causal entre la conducta del agente y la pérdida de esa oportunidad, que no es lo mismo que establecer el vínculo causal entre la culpa del agente y

³³La Responsabilité Civile, Philippe Le Tourneau, Dalloz, 1972, pág. 112.



la pérdida de la ventaja esperada. Por lo tanto, no puede hablarse de pérdida de oportunidad cuando se desconoce la causa de la pérdida de la ventaja, causa que pudo ser la culpa del agente. *“Está entonces prohibido, sobre todo, recurrir a la teoría de la pérdida de una oportunidad cuando el médico no ha hecho más que aumentar un riesgo”*.

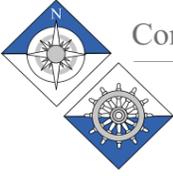
3. *“Cuando el perjuicio es la pérdida de una oportunidad de sobrevivir, el juez no puede condenar al médico a pagar una indemnización igual a la que debería si él hubiera matado realmente al enfermo. El razonamiento es el mismo cuando la ‘ventaja esperada’ es diferente de la supervivencia, como por ejemplo, ganar un proceso. El juez debe hacer que la reparación sea proporcional al coeficiente de oportunidades que tenía el paciente y que este ha perdido... Se examina cuántas oportunidades tenía el paciente de no sufrir este otro perjuicio; se calcula la indemnización según esas oportunidades, pero tomando como base la suma que habría servido para indemnizar por la muerte o por la pérdida cierta de cualquiera otra ‘ventaja esperada’”*.

En consecuencia, para decidir si hubo pérdida de la oportunidad de supervivencia del paciente, deben absolverse positivamente los siguientes interrogantes: ¿el paciente estaba realmente ante una condición de simple supervivencia?; ¿era real la oportunidad de la supervivencia?; ¿se acreditó la relación causal entre la presunta falla del servicio por parte del equipo médico demandado y la pérdida de dicha oportunidad?

Por lo tanto no represento pérdida de oportunidad con respecto a la posibilidad de que la paciente hubiese sobrevivido. Solo Dios sería testigo de un escenario triste, doloroso y sombrío como el que pretende edificar el apoderado de la parte actora.

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

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de



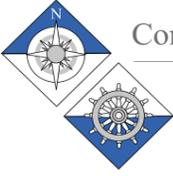
responsabilidad civil, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a quien aquí represento.

Valga indicar precedentemente al abordaje particular de cada uno de los perjuicios aludidos, que la jurisprudencia Colombiana invocando el tenor literal del Art. 167 C.G.P., ha sido directa en afirmar que **"el legislador tiene establecido que incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"**³⁴, cual reflejo de lo acontecido en el Derecho Francés, de tal suerte que la acción de responsabilidad no prospera cuando no se cumple con la carga que impone dicho artículo.

En primer lugar, tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representado por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que no obstante que su tasación se encuentra sometida al arbitrio judge, igual de cierto resulta que la Jurisdicción Civil, máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a tal jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

"Otro tanto deberá hacerse en el momento en que los juzgadores, en forma mesurada y cuidadosa, asuman la labor de fijar el quantum de esta clase de perjuicio, bajo el entendido de que ella no puede responder solamente a su capricho, veleidad o antojo, sino que debe guardar ponderado equilibrio con las circunstancias alegadas y demostradas dentro de la controversia, velando así porque no sea desbordada la teleología que anima la institución de la responsabilidad civil, tema en el que, a buen seguro, la jurisprudencia trazará un útil marco de referencia, en forma similar a lo que ocurre en tratándose del daño moral.

³⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, 12 de febrero de 1992, C.P. Dr. Montes Hernández, actor Guillermo Enrique Benítez. Exp. 7177



Cualquiera que fuera el monto de una supuesta condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, esta debería respetar los límites indicados reiteradamente por la jurisprudencia, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora.

Por otra parte tratándose del perjuicio de orden material, daño emergente y lucro cesante, es preciso tomar como punto que estos son tangibles y por ende son susceptibles de ser valorados pecuniariamente, luego, para la prosperidad de su reparación, de conformidad con el mencionado artículo 167 C.G.P. demostrar la extensión de los mismos.

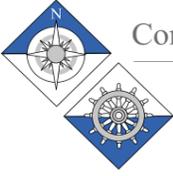
De tal suerte que no a otra conclusión se puede llegar que la ausencia de sustento probatorio idóneo en cuanto a la demostración de los perjuicios materiales se refiere, de tal suerte que será este un rubro destinado al despacho desfavorable por parte de su Señoría.

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

En este sentido, el profesor Benoit afirma *"...el daño es un hecho; es toda afrenta a la integridad de una cosa, de una persona, de una actividad, o de una situación (...) el perjuicio lo constituye el conjunto de elementos que aparecen como las diversas consecuencias que se derivan del daño para la víctima del mismo, mientras el daño es un hecho que se constata, el perjuicio es, al contrario una noción subjetiva apreciada en relación con una persona determinada"*³⁵

Sobre el mismo asunto la Corte Suprema de Justicia, en determinado momento se pronunció indicando que *"el daño, considerado en sí mismo, es la lesión, la herida, la enfermedad, el dolor; la molestia, el detrimento ocasionado a una persona en su cuerpo, en su espíritu o en su patrimonio"* mientras que *"el perjuicio es el menoscabo*

³⁵ Francis-Paul Benoit. "Essai sur les conditions de la responsabilité en droit public et privé (problèmes de causalité et d'imputabilité)", JCP, 1957, I, P. 1351



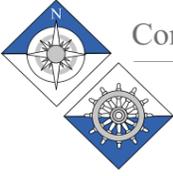
*patrimonial que resulta a consecuencia del daño; y la indemnización es el resarcimiento, la reparación, la satisfacción o pago del perjuicios que el daño ocasionó*³⁶.

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

Es de resaltar, que si no existe daño indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposo, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar de la Dra. Moreno ni del equipo médico de la Fundación FSJ, ni hay responsabilidad como se demostrará dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro *El Daño* de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala: *"El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en sí, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de la partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral de la conducta del autor resultara necio e inútil.... El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple. Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil....EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin*

³⁶ Corte Suprema de justicia. Col. S.N.G., 13 de noviembre de 1943, M.P. Dr. Cardozo Gaitán.



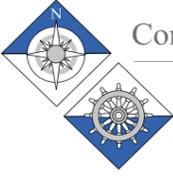
perjuicio no hay responsabilidad.... En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad.... Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización.... EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

Igualmente, el tratadista JAVIER TAMAYO JARAMILLO, explica: "... Para que una persona sea responsable civilmente se requiere que con su comportamiento haya dañado un bien de un tercero que estaba protegido por el orden jurídico civil. Mientras no haya daño, no cabe hablar de responsabilidad civil."

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

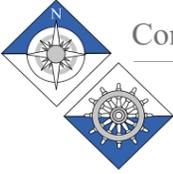
En todo caso, teniendo en cuenta todo la anterior y con fundamento en el art. **Artículo 211 de la ley 1395 del año 2010, el cual determina que** " Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras,



deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente....Si la cantidad estimada excediere del treinta por ciento (30%) de la que resulte en la regulación, se condenará a quien la hizo a pagar a la otra parte una suma equivalente al diez por ciento (10%) de la diferencia, **OBJETO EL JURAMENTO ESTIMATORIO** de la parte demandante y solicito aplicar de la sanción correspondiente a la hora de dictar sentencia, en la eventualidad remota.

El resarcimiento del perjuicio, debe guardar correspondencia directa con la magnitud del daño causado, mas no puede superar este límite. La explicación que se da a esta regla se apoya en el principio general de derecho que determina que si el daño se indemniza por encima del realmente causado, se produce un enriquecimiento sin justa causa en favor de la víctima, de tal forma que se convierte el daño en la medida de su resarcimiento (Juan Carlos Henao, "El daño." Ed. Universidad Externado de Colombia). Este principio es una regla que deberá respetarse siempre que se persiga el resarcimiento de un perjuicio, teniendo en cuenta que lo pretendido en una demanda es la indemnización exclusiva del daño probado en el proceso, bajo el presupuesto de la prueba de los demás elementos que conforman la responsabilidad.

No obstante, indicamos que en las pretensiones de esta acción pretenden un enriquecimiento sin justa causa, ya que además de no existir reproche alguno ni obligación de reparación por parte de mi representado, no hay pruebas que sustenten la existencia ni la cuantía de los montos reclamados. Ahora, como de conformidad con el principio de la necesidad de la prueba (Art. 174 del C. de P. Civil), toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, el reconocimiento judicial de una pretensión que tenga como objeto la indemnización de un perjuicio, supone la demostración de todos y cada uno de los elementos que configuran la tutela jurídica de dicha pretensión, incluyendo, por supuesto, el daño, salvo aquellos eventos de presunción de culpa, de conformidad con la doctrina de la Corte, y la presunción de daños de acuerdo con la ley, como en los casos de los artículos 1599 y 1617 num. 2 del C. Civil³⁷.



Sobre la certeza del lucro cesante y la necesidad de la prueba la **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACION CIVIL Y AGRARIA**, ha indicado lo siguiente en ponencia del Magistrado **Dr. JOSE FERNANDO RAMIREZ GOMEZ**, el nueve (9) de agosto de mil novecientos noventa y nueve (1999), Referencia: Expediente No. 4897.

Por principio general, quien sufre un daño imputable a delito o culpa cometido por otra persona, tiene derecho a la reparación integral (Arts. 1626, 1627 y 2341 del C. Civil, y 16 de la ley 446 de 1998).

Ahora, como de conformidad con el principio de la necesidad de la prueba (Art. 174 del C. de P. Civil), toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso, el reconocimiento judicial de una pretensión que tenga como objeto la indemnización de un perjuicio, supone la demostración de todos y cada uno de los elementos que configuran la tutela jurídica de dicha pretensión, incluyendo, por supuesto, el daño, salvo aquellos eventos de presunción de culpa, de conformidad con la doctrina de la Corte, y la presunción de daños de acuerdo con la ley, como en los casos de los artículos 1599 y 1617 num. 2 del C. Civil³⁸.

VI. LA INNOMINADA

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

PRUEBAS

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



I. DOCUMENTALES

1. El Poder para actuar.
2. Historia clínica obrante en el proceso
3. Hoja de vida y Diplomas que acreditan idoneidad profesional de la Dra. Marcia Liseth Moreno Urrea.
4. Informe que contiene Dictamen de Parte, hoja de vida y diplomas del perito Julian Guevara Ramirez.

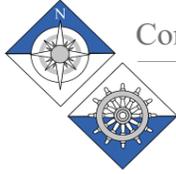
II. INTERROGATORIO DE PARTE

A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, solicito se sirva citar a: **Los demandantes y representantes legales de los codemandados.**

Objeto de la Prueba: interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

III. TESTIMONIALES TECNICOS

A efecto de controvertir los hechos de la demanda y de contestación, y para que declaren acerca de lo que les conste acerca de los mismos, e igualmente ilustren al Despacho acerca del tema objeto de prueba, Solicito se sirva citar en el mismo sentido a los que solicitara en su escrito de contestación de la Demanda la Fundación FSJ.



Objeto de la Prueba: interrogatorio de carácter técnico para que en su condición de tal y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica de cada uno y con base en las pruebas allegadas al expediente, depongan sobre lo que conozcan acerca de los hechos de la demanda y los de la contestación de la misma, e informen e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso, todo lo cual es tema de prueba necesaria; testigos técnicos que cuentan con la experticia del caso.

IV.DICTAMEN PERICIAL DE PARTE Y CONTRADICTAMEN

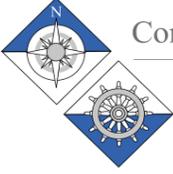
Dictamen pericial - estudio especializado rendido por el Dr. **JULIAN GUEVARA RAMIREZ**, médico especialista en Medicina Interna y Microbiología.

De acuerdo con la regla 226 del Código General del Proceso, me permito anexar todos los documentos que acreditan la idoneidad del profesional especializado que realizó la peritación.

Objeto de la Prueba: sustentar la teoría del caso de la parte que represento y controvertir la teoría del caso y dictamen de parte de los demandantes. Verificar los hechos que interesan al proceso y que requieren especiales conocimientos técnico-científicos. para que en su condición de perito experto en **MEDICINA INTERNA** y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica y con base en las pruebas allegadas al expediente, deponga sobre de los hechos objeto de investigación, e informe e ilustren al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso sustentando la teoría del caso que defiende esta parte, así mismo para desvirtuar la opinión pericial del Cirujano del CES.

PETICIONES

Respetuosa solicito a la señora juez, acceder a las siguientes peticiones:



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

- PRIMERA. Tenga por contestada, dentro del término legal, la demanda en nombre de MARCIA LISETH MORENO URREA
- SEGUNDA. Acceda al decreto de las pruebas requeridas.
- TERCERA. Declare probadas las excepciones DE MÉRITO presentadas.
- CUARTA. Conforme a Derecho, con soporte en las pruebas y con la declaratoria de las excepciones motivadas, y en consecuencia a ellas profiera sentencia de fondo, inobjetable en su sentido de justicia, en la que se denieguen las pretensiones presentadas por la demandante.

DIRECCIONES PARA NOTIFICACIONES

MARCIA LISETH MORENO URREA en el correo registrado en el proceso, el suscrito abogado.

Correos electrónicos: RNA: harold.aristizabal@conava.net

Del señor Juez, sinceramente.,

HAROLD ARISTIZABAL MARÍN

C.C. 16.678.028 de Cali

T.P. 41.291 C.S.J.

RNA: harold.aristizabal@conava.net

Señores:

Juzgado Segundo (2) Civil del Circuito de Buga

E. S. D.

REF.DICTAMEN PERICIAL DE PARTE Proceso Radicación: No. 2022-00080

Paciente: Patricia Muñoz Rengifo

Médico Internista y Microbiólogo: JULIAN GUEVARA RAMIREZ

Respetado señor Juez:

Remito para su conocimiento opinión pericial solicitada por Harold Aristizábal Marín ante su Despacho presento respuesta al cuestionario que se me ha puesto de presente en calidad de perito especialista, con soporte en mis conocimientos, experticia y basado en la revisión de la historia clínica de la paciente **Patricia Muñoz Rengifo** de manera académica e independiente, explico con base en las razones técnicas, de idoneidad y experiencia que sustentan cada una de las afirmaciones.

Conforme solicitud que me hiciera la defensa de la galena MARCIA LISETH MORENO URREA, a efecto de rendir dictamen pericial para ser presentado como prueba conforme lo dispone el artículo 226 y normas siguientes del Código General del Proceso y artículo 10 de la ley 446 de 1998 Y artículo 219 y siguientes del CPACA dentro del asunto de la referencia, manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Presento concepto según las siguientes metodologías, materiales y calidades:

1.Soy médico especialista en Medicina Interna e infectología (magister en ciencias básicas médicas), y tengo la capacidad técnica suficiente para rendir el Dictamen solicitado, para lo cual adjunto mi hoja de vida con sus respectivos anexos que acreditan idoneidad (títulos académicos) y los documentos que certifican la respectiva experiencia profesional.

2.No me hayo incurso en ninguna causal de impedimento que afecte la imparcialidad del presente dictamen pericial, ni en ninguna de las causales enlistadas en el artículo 50 del Código General del Proceso ni en el artículo 219 del CPACA.

3.Antes No había sido designado como perito en procesos judiciales por parte de MARCIA LISETH MORENO URREA.

4. He realizado antes dictamen pericial al Dr. Harold Aristizábal Marín. No he sido designado en procesos anteriores o en curso por ninguno de los apoderados de las demás partes. Esta información la complementaré en el momento que se me requiera para sustentación, o aclaración y en tanto se me pongan de presente los nombres de las partes de los cuales anticipo, no reconozco relación, cercanía, interés, contratos o labores.

Prometo desempeñar con idoneidad, imparcialidad e independencia el cargo de perito, al contar con los conocimientos necesarios para rendir el dictamen.

5. Manifiesto de antemano que me pongo a disposición del juzgado, si es del caso, para ratificar el contenido del Dictamen pericial rendido, o para rendir las aclaraciones y/o complementaciones que se requieran, o para ser interrogado por el juez y las partes en la respectiva audiencia.

Para el caso en materia, me permito manifestar que tuve a mi disposición para rendir el presente dictamen pericial los siguientes documentos:

1. Demanda interpuesta por Armando Muñoz Rengifo.
2. Historia clínica de la paciente Patricia Muñoz Rengifo

Procedo a presentar el dictamen con base en la documentación que tuve a mi disposición procediendo a responder cuestionario y citando la bibliografía que soporta el informe pericial

METODOLOGÍA

Con soporte en historia clínica, y basado en mi experiencia, en la Lex Artis, protocolos de manejo de las condiciones propias del caso particular resolveré el siguiente cuestionario. Los fundamentos del dictamen son verificables con base en la historia clínica del paciente Patricia Muñoz Rengifo. Los exámenes, métodos, e investigaciones efectuadas para este dictamen no son diferentes respecto de los utilizados en peritajes o conceptos rendidos con anterioridad y que versan sobre la misma materia o de los que utilizo en mi ejercicio profesional.

OBJETO DEL PRESENTE DICTAMEN

El presente dictamen pericial se refiere a los Hechos que interesan al proceso y requiere de los conocimientos médicos, desde el conocimiento científico, experto para responder preguntas de la atención médica asistencial, de diagnóstico y tratamiento realizado a la paciente Patricia Muñoz Rengifo.

CALIDADES ANTERIORES

1. Sin publicaciones relacionadas con la materia del peritaje, realizadas en los últimos diez (10) años.

CUESTIONARIO PERITAJE

1. La causa de consulta de ausencia de deposiciones desde la cirugía, asociado a dolor abdominal, hiporexia y náuseas puede corresponder a una constipación o íleo paralítico que se resuelve con medidas terapéuticas sencillas?

R/.

Para el análisis de una causa de consulta, es muy importante tener en cuenta los antecedentes del paciente, que en el caso de Patricia Muñoz Rengifo, eran DTB2, HTA, ERC, CA DE MAMA DERECHA Post QMTx, Radioterapia, estreñimiento crónico y un pop de Colelap descrito en la nota quirúrgica sin complicaciones, realizado cuatro días antes de la consulta

Febrero 11 de 2018 → Se realizó la Qx.

Febrero 15 de 2018 → Consulta.

Tenemos una paciente inmunosuprimida con estreñimiento crónico.

En un pop de Colectomía laparoscópica electiva.

Después de la cirugía, especialmente si es abdominal, se produce un estado transitorio de obstrucción intestinal por fallo en la actividad propulsiva normal del tubo digestivo.

Los mecanismos etiopatogénicos son: (estimulación simpática, afección de terminaciones colinérgicas, depleción pop de potasio, problemas celulares de la fibra muscular lisa, factores humorales, alteración neuroendocrina de la pared intestinal)

Este motivo de consulta si podría corresponder a un íleo Paralítico, que se resuelve con medidas terapéuticas sencillas.

Sin embargo debemos tener en cuenta las complicaciones más frecuentes descritas en la literatura:

Leves: (Seroma, Infección del sitio quirúrgico y atelectasias) 1.78%

Moderadas: (Hemorragias post operatoria, fistula biliar y pancreatitis) 1.18%

Severas: (Coledocolitiasis residual y hernia incisional) 1.09% con una mortalidad del 0%

Para descartar estas necesitamos exámenes de laboratorio, imágenes de rayos x, las cuales fueron solicitadas durante la consulta.

2. Si como en este caso al examen y valoración de la paciente no se halló ni fiebre ni signos de irritación peritoneal y cuadro clínico sugestivo de íleo adinámico había indicación quirúrgica en ese momento?

R/.

Según historia clínica de febrero 15 de 2023 de la paciente Patricia Muñoz Rengifo no presentaba fiebre, ni signos de irritación peritoneal. La conducta a seguir es solicitar exámenes de laboratorio e imágenes encaminadas a descartar las posibles complicaciones de un pop de Colelap, en ese momento no había indicación quirúrgica.

Por el riesgo de íleo adinámico es pertinente manejarlo.

3. De acuerdo con la evolución clínica y la nota de análisis y conducta que indica, paciente quien posterior a enema refiere presencia de deposiciones en cantidad y aspecto normal con mejoría clínica, paraclínicos normales, egreso con bisacodilo, analgesia oral y advertencia de signos de alarma, corresponde a una conducta medica válida para ese momento?

R/.

Según la historia clínica de febrero 15 de 2018, la paciente que ingresa por ausencia de deposiciones desde la cirugía, asociada a dolor abdominal, sin fiebre, sin signos de irritación peritoneal, con paraclínicos normales y luego de administrar tratamiento con enema, bisacodilo analgesia, antiespasmódicos y vigilancia de signos de alarma, si sería una conducta valida en ese momento

4. Indique si como en este caso la paciente posterior a la atención medica brindada en el servicio de urgencias el 15 de febrero de 2018, reingresa el 18 de febrero de 2018, había indicación de reanimación y evaluación con imagenología antes de proceder a reintervenir paciente con la patología de base e intervención quirúrgica reciente?

R/.

El 18 de febrero de 2018 18:28 hrs, reingresa la paciente, 7 días posterior a la colecistectomía laparoscópica, por dolor abdominal generalizado con énfasis en el hemiabdomen izquierdo + fiebre.

TA: 140/90 FC: 89 X' FR: 21X' T: 38.5°C SaO2:98%

Dolor a la palpación abdominal generalizada → este cuadro es compatible con una sepsis de origen abdominal, por lo cual requiere manejo hospitalizada para reanimación con LEV Isotónicos, cubrimiento antibiótico.

Los laboratorios evidencian:

Leucos: 12100 N: 78% Hb: 9.3 PCR: 137 Cr: 1.83 BT: 0.72 BD: 0.5 BI: 0.22 FA: 205 TGO: 18 TGP: 16 Amilasas Sericas 31.7 Amilasuria: 416.

Hay Leucocitosis + neutrofilia + anemia moderada con elevación franca de reactantes de fase aguda, elevación de azohados, sin compromiso de pruebas hepáticas, ni pancreáticas, lo que está en favor de una sepsis de origen abdominal, requiere evaluación imagenológica.

TAC ABDOMINO PÉLVICO (febrero 20 2018)

Muestra esteatosis hepática, colección sobre el lecho vesicular (35ml), colección liquida en fondo de saco, derrame pleural pequeño, colección post operatoria.

CPER: (Colangiopancreatografía retrograda endoscópica)

Evidencia del medio de contraste a nivel del cístico.

Clips de titanio en muñón cístico.

Implante prótesis plástica vía biliar 10 cm de longitud.

Vía biliar sin dilatación.

Con las imágenes se hace un diagnóstico más preciso de colección post operatoria y una fuga a nivel del cístico y se hace un tratamiento cerrado, colocando un Implante de prótesis plástica vía biliar de 10 cm de longitud.

Según la literatura la primera línea para el tratamiento de las fugas biliares es la Colangiografía Endoscópica, se realiza esfinterotomía + colocación de prótesis biliares, con una tasa de éxito del 94.2 % en pacientes con fistula biliar post colecistectomía.

Luego de la reanimación de la paciente y la evaluación imagenológica, se hace un diagnóstico más preciso y se elige la intervención más adecuada para resolver dichos hallazgos, en este caso se escoge la Colangiografía endoscópica como método diagnóstico y terapéutico.

5.Cuál es el pronóstico de una paciente de 57 años de edad con coledocolitiasis y con comorbilidades de cáncer de mama, diabetes e hipertensión arterial?

R/.

La colecistectomía por laparoscopia es el procedimiento de elección para el tratamiento de la coledocolitiasis y la coledocolitis aguda.

Hay una frecuencia mayor de coledocolitiasis en el sexo femenino.

Los predictores de complicaciones post Colelap, se encuentra el antecedente quirúrgico abdominal (44.2%), en la paciente en discusión se había realizado una cesárea, estas se asocian a adherencias en la cavidad abdominal, factores como la edad, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, la Coledocolitiasis influyen en el resultado de la Colecistectomía por laparoscopia en adultos con coledocolitiasis por mayor probabilidad de complicaciones mayores, como colección abdominal, lesión de la vía biliar, o sangrado en la Colecistectomía por laparoscopia.

El cáncer de órganos sólidos + la QMTx influyen en la inmunosupresión lo que limita al sistema inmune para defender en forma adecuada un proceso infeccioso. Estas comorbilidades favorecen un peor pronóstico.

6. Según la historia clínica fue adecuado el manejo terapéutico que recibió la paciente durante sus hospitalizaciones, en caso afirmativo por qué no existió mejoría y por el contrario evolucionó hacia el deterioro?

R/.

Según la historia clínica de la paciente Patricia Muñoz Rengifo

Febrero 11 2018: Paciente hospitalizada con Dx Colelitiasis con vía biliar normal realizan Colecistectomía laparoscópica, procedimiento descrito sin complicaciones, este procedimiento es el tratamiento de elección para la coledocolitiasis, según la literatura. Recibió profilaxis antibiótica con cefazolina, se deja en observación más de 24 hrs. (febrero 11 2018 11:35 hrs hasta febrero 12 2018 13:45 hrs) se da salida con recomendaciones, signos de alarma, control por cirugía, curaciones interdiarias y retiro de puntos en dos (2) semanas, analgesia si dolor.

Febrero 15 2018: consulta por ausencia de deposiciones + dolor abdominal, se ordenan paraclínicos e imágenes, se evidencia abundante materia fecal, se indica Bisacodilo,

enema, analgesia, antiespasmódica. La paciente evacua materia fecal abundante de características normales, mejoran sus síntomas, se da egreso vigilando signos de alarma.

Febrero 18 2018: Ingresa por dolor abdominal generalizado con énfasis en hemiabdomen izquierdo + fiebre, signos vitales estables T:38.5°C con leucocitosis 12100 + neutrofilia N 78 % anemia moderada Hb: 9.3, elevación de reactantes de fase aguda PCR:137, elevación de azoados Cr: 1.83 sin alteración de pruebas hepáticas, ni pancreáticas, toman TAC abdomen y pelvis, evidencian colección post operatoria en lecho vesicular y fondo de saco.

Gases arteriales evidencian una acidosis metabólica PH: 7.3 PCO₂: 34 PO₂: 104 HCO₃: 31.9 hacen Dx de sepsis abdominal, inician manejo antibiótico de amplio espectro, traslado a unidad de cuidado intensivo.

Realizan CPER como Dx y tratamiento, evidencian fuga del medio de contraste, a nivel cístico. Implantan prótesis plástica en la vía biliar de 10 cm de longitud, este procedimiento se considera la primera línea para el tratamiento de las fugas biliares, con una tasa de éxito de 94.2%.

Presenta como complicación una neumonía asociada a la atención en salud, se realiza laparotomía con múltiples lavados abdominales evidenciando liquido biliar, se coloca un sistema VAC y un tubo de tórax.

Por falla renal CR:4.4 se inicia hemodiálisis, presenta fuga del neumotaponador hace paro respiratorio, presenta múltiples infecciones en torrente sanguíneo por gérmenes gram negativos (Enterobacter Cloacae MR), infecciones tracto urinario micótico por candida tropicalis, se ajusta el esquema antibiótico (colistimetato, meropenem, + fluconazol), tratamiento adecuado para este tipo de infección.

Marzo 31 2018: —> Se extuba, se encuentra estuporosa, traqueostomía abundantes secreciones.

Abril 09 2018: —> Se traslada a hospitalización, en hospitalización hace múltiples infecciones urinarias (Proteus Mirabilis MS, Candida Tropicalis, Kluyveria Ascorbata, E. Coli), e infecciones del torrente sanguíneo (P. Aeruginosa MS, klebsiella Pneumoniae) Neumonía del lóbulo medio + derrame, se colocó un Pig Tail Subfrénico derecho, recibí múltiples antibióticos, hipocalcemia persistente la cual se corrige.

Se toma EEG —> No mostraba funcionalidad de ondas eléctricas cerebrales, se Dx muerte cerebral.

Agosto 17 de 2018 —> Hace paro cardiorespiratorio y fallece a las 15:53, firmaron desistimiento de maniobras RCCP (junio 29 de 2018).

Como se puede apreciar en la historia clínica, el manejo terapéutico durante su hospitalización fue adecuado.

No existió mejoría de la paciente y evoluciona hacia el deterioro, debido a que presenta múltiples infecciones, a nivel pulmonar Neumonía, en torrente sanguíneo, urinario por gérmenes multirresistentes que la llevan a una sepsis (Respuesta Inflamatoria Sistémica Asociada a la Infección), en una paciente inmunosuprimida por su cáncer de mama, quimioterapia y diabetes Mellitus-2, enfermedad renal crónica esto lleva a una disfunción orgánica e inmunitaria múltiple, tiene una mortalidad entre el 18 % al 28 %

Según la literatura, los pacientes con cáncer a menudo son inmunodeprimidos, lo que es un factor de riesgo para la sepsis grave de casi 4, junto a una mortalidad hospitalaria un 52 % mayor y hospitalización tres veces más prolongada que la de la paciente sin cáncer.

Se ha identificado que la respiración asistida, la diálisis renal y la infección micótica, como factores de riesgo independientes de la mortalidad. Esta paciente presentaba todos estos factores de riesgo que agravaron su pronóstico y llevaron a una evolución hacia el deterioro.

Bibliografía

- D. García-Olmo* y F. Lima**
*Profesor titular de Cirugía. **Médico residente. Universidad Autónoma de Madrid.
Servicio de Cirugía General "C".
Hospital Universitario La Paz. Madrid
- García Olmo D, Parrilla Paricio P, Ponce Marco JL, Sánchez Bueno F, Martínez de Haro L, Castellanos Escrig G et al. Sobre la patogenia del íleo paralítico postoperatorio. Estudio experimental en perros. Cir Esp 1984; 38: 57-63.
- Nachlas MM, Younis MT, Roda CP, Wityk JJ. Gastrointestinal motility studies as a guide of postoperative management. Ann Surg 1972; 175: 510-522.
- Rothnie NG, Harper RAK, Catchpole BN. Early postoperative gastrointestinal activity. Lancet 1963; 2: 64.
- Smith J, Kelly KA, Weinshilboum RM. Pathophysiology of postoperative ileus. Arch Surg 1977; 112: 203-209.
- García Olmo D, Parrilla Paricio P, Ramírez Romero P, Ponce Marco JL, Aguayo Albasini JL, Soria Cogollos T. Íleo paralítico postoperatorio. En: Benages A, Tomas-Ridocci M, editores. Patología motora digestiva. Madrid: Ed. CEA S.A., 1987; 233-242.
- Díaz-Garza J.H. (1), Aguirre-Olmedo I. (2), García-González R.I. (3), Castillo-Castañeda A. (4), Romero-Beyer N.A. (5)
Complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica electiva

- Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The accordion severity grading system of surgical complications. *Ann Surg* 2009 Aug;250(2):177-86. doi: 10.1097/SLA.0b013e3181afde41.
- Duca S, Bala O, Al-Hajjar N, Lancu C, Puia IC, Munteanu D et al. Laparoscopic cholecystectomy: incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152-8. doi: 10.1080/13651820310015293.
- Alexander HC, Bartlett AS, Wells CI, Hannam JA, Moore MR, Poole GH, et al. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *HPB (Oxford)* 2018; (18): 30779-2.
- Kapoor M, Yasir M, Umar A, Suri A, Aiman A, Kumar A. Complications of laparoscopic cholecystectomy, an analysis of 300 patients. *JK Pract* 2013; 18(1-2): 6-11.
- *Lizeth Sohara Godinez-Franco, Martin Antonio Manrique, Miguel Angel Chavez-Garcia*, Jony Cerna-Cardona*, Ernesto Perez-Valle, Magdalena Betzabel Gomez-Cruz, Martha Julia Santacreo-Posas*
Manejo endoscópico de fístula biliar posterior a colecistectomía en el Hospital Juárez de México. Experiencia en 13 años
Unidad de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Juarez de Mexico. Ciudad de Mexico, Mexico
- Vlaemyneck K, Lahousse L, Vanlander A, Piessevaux H, Hindryckx P. Endoscopic management of biliary leaks: a systematic review with meta-analysis. *Endoscopy*. 2019.
- Nikpour AM, Knebel RJ, Cheng D. Diagnosis and management of postoperative biliary leaks. *Semin Intervent Radiol*. 2016;33(4):307-312.
- Rustagi T, Aslanian HR. Endoscopic management of biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy. *J Clin Gastroenterol*. 2014;48(8):674-678.

- Vitale GC, Davis BR. Evaluation and Treatment of Biliary Leaks after Gastrointestinal Surgery. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(8):1323-1324.
- Fasoulas, K., Zavos, C., Chatzimavroudis G et al. Eleven-year experience on the endoscopic treatment of post-cholecystectomy bile leaks. *Ann Gastroenterol.* 2011;24(3):200-205..
- *Gilberto Gumán-Valdivia-Gómez^{1*}, Eduardo Tena-Betancourt² y Patricio Martínez de Alva-Coria¹*
1Unidad de investigación; 2Bioterio y Cirugía Experimental. Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, Ciudad de México, México
 Adherencias abdominales postoperatorias:
 patogénesis y técnicas actuales de prevención
Postoperative abdominal adhesions: pathogenesis and current preventive techniques
- Arung W, Meurisse M, Detry O. Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions. *World J Gastroenterol.* 2011; 17:4545-53.
- Brüggmann D, Tchartchian G, Wallwiener M, Münstedt K, Tinneberg HR, Hackethal A. Intra-abdominal adhesions. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107:769-75.
- Correa-Rovelo JM, Villanueva-López GC, Medina-Santillán R, Carrillo-Esper R, Díaz-Girón-Gidi A. Obstrucción intestinal secundaria a formación de adherencias postoperatorias en cirugía abdominal. Revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2015;83:345-51.
- Butureanu SA, Butureanu TA. Pathophysiology of adhesions. *Chirurgia.* 2014;109:293-8.
- Guillermo Eduardo Aldana¹, Luis Eduardo Martínez², Manuel Augusto Hosman³, Diego Alejandro Ardila³, Iván Fernando Mariño³, Michael Ricardo Sagra³, Luisa María Montoya⁴ / Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia

- Licciardello A, Arena M, Nicosia A, Di Stefano B, Calì G, Arena G, *et al.* Preoperative risk factors for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2014;18(Suppl.):60-8.
- Murphy MM, Ng SC, Simons JP, Csikesz NG, Shah SA, Tseng JF. Predictors of major complications after laparoscopic cholecystectomy: surgeon, hospital, or patient? *J Am Coll Surg.* 2010;211:73-80.
- Gotts JE, Matthay MA. Sepsis: pathophysiology and clinical management. *BMJ.* 2016 May 23;353:i1585. doi: 10.1136/bmj.i1585. PMID: 27217054.
- Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al (2008) Surviving Sepsis Campaign: directrices internacionales para el tratamiento de la sepsis grave y el shock séptico: 2008. *Crit Care Med* 36:296–327
- Levy, MM, Evans, LE y Rhodes, A. El paquete de la campaña Surviving Sepsis: actualización de 2018. *Cuidados Intensivos Med* **44** , 925–928 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5085-0>

Atentamente

Realizado por:

DR. JULIAN GUEVARA RAMIREZ MD, MSc

RM: 503/93

Especialista en medicina interna, maestría en microbiología.

Cel: 301 222 3791

Carrera 46 # 9C –85 –Consultorio 602

Email: jugura64@hotmail.com



LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA - ACIN



Certifica que:

Julian Guevara

Participó en calidad de ASISTENTE al:

XV Congreso Colombiano de Enfermedades Infecciosas

CCEI-2021

"INFECTOLOGÍA A LA VANGUARDIA, MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA"

Realizado del 1 al 4 de septiembre de 2021

Modalidad: virtual

Intensidad horaria: 34 horas

José Oñate G.

Dr. José Oñate
Presidente

Asociación Colombiana de Infectología - ACIN



POLITECNICO DE
SURAMERICA
EDUCACIÓN CERTIFICADA

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768
del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín,
Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

Con Documento de Identidad No 16696988

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL - AVWS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – SEPTIEMBRE – 28 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210928
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210928S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda

www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo
matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra





Asociación Colombiana de Infectología-ACIN

NIT: 800.018.763-2

Calle 118 # 15-24 Of. 503 Edificio Gallerie

Bogotá D.C. Colombia

Teléfono: (571) 2153714/ Telefax: (571) 2153517

Página web: www.acin.org E-mail: secretaria@acin.org

ASOCIACION COLOMBIANA DE INFECTOLOGIA

ACIN

NIT 800.018.763-2

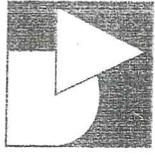
CERTIFICA QUE:

El doctor JULIAN GUEVARA RAMIREZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.696.988, pertenece a esta Asociación como miembro de categoría Número desde noviembre de 2014, hasta la fecha ha participado activamente en todos los eventos científicos organizados por ACIN.

Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá a los 04 días del mes de septiembre de 2015.

CARLOS ARTURO ALVAREZ MORENO
Presidente

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



Universidad
del Valle

La Universidad del Valle

Confiere el Título de

Magíster en Ciencias Básicas Médicas

a

Julían Guevara Ramírez

Identificado con C.C. 16696988

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la
institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los 20 días del mes de Abril 2007





Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 822

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 834 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 20 de Abril de 2007, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título de:

MAGÍSTER EN CIENCIAS BÁSICAS MÉDICAS
RG 120365746107600111100 SNIES

a:

JULIÁN GUEVARA RAMÍREZ
Identificado con C.C. 16696988

El diploma correspondiente fué entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 834 y anotado en el Libro 2 Folio 128 Registro 9 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón - Rector
(Fdo) Oscar López Pulecio - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 9 de Noviembre de 2011



ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR
JEFA DE DIVISIÓN

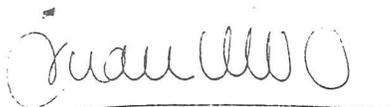
La Universidad del Valle

Confiere el Título de
Especialista en Medicina Interna
al Doctor

Julián Guevara Ramírez

Identificado con C.C. No. 16'696.988 de Cali

En testimonio de ello le expide el presente diploma en Cali, Valle
del Cauca, el día 8, del mes de Julio
y lo refrenda con el sello de la institución.



El Secretario de la Universidad



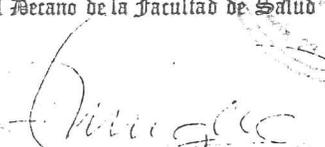
El Rector



El Decano de la Facultad de Salud



El Jefe del Departamento



El Jefe de Educación para Graduados



La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, hace constar que el programa de
de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, está aprobado por esta Institución.

Presidente

Bogotá

000318



Universidad del Valle

RECTORIA

ACTA DE GRADO Nº 645

En la ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, el día 8 de Julio de 1996 , de conformidad con lo dispuesto en la Resolución Nº 657 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle, la Universidad del Valle, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le confiere el título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
(Resolución Nº 202 de 12/09/85-ICFES)

JULIAN GUEVARA RAMIREZ
IDENTIFICADO (A) CON C.C. Nº 16696988 DE CALI

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la resolución Nº 657 del 3 de Julio de 1996 y anotado en el Libro 1 Folio 43 Registro 26 de la Universidad del Valle.

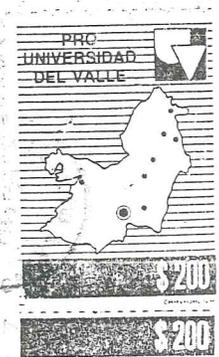
Se firma en Santiago de Cali, el 8 de Julio de 1996 .

08 JUL 1996

(Fdo.) Jaime Enrique Galarza Sanclemente - Rector

(Fdo.) Juan Manuel Jaramillo Uribe - Secretario General

[Handwritten signature]
Dra. Gloria Stella Pérez Cuellar
Instituto Colombiano de Estadística - CINEC
Bogotá - Colombia



La Universidad del Cauca,



En nombre de la

República de Colombia

y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Julión Guevara Ramírez

c.c. N° 16.696.988 de Cali (V)

ha cumplido con todos los requisitos legales y estatutarios
le otorga el título de

Médico y Cirujano

con todos los derechos, privilegios y dignidades que lo
el ejercicio profesional.

Popayán, 21 de Diciembre de 1991.

El Rector
de la Universidad,

El Decano
de la Facultad,

Alberto Vallejo Durán

Registrado en el folio N° 588 del libro de Diplomas N° 055.



El Secretario Gral.
de la Universidad,
Gloria Amparo P...
ROSA...

Gobernación del Departamento del Cauca

Anotado al folio 1154 del libro de Diplomas N° 94.

Popayán, 14 de Enero de 1992.

El Gobernador del Departamento,

El Secretario de Educación Deptal.,

LIBRO 055
FOLIO 588



UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ACTA DE GRADO

JULIAN GUEVARA RAMIREZ. C.C. 16'696.988 DE CALI (V)

El Secretario General de la Universidad del Cauca expide la siguiente copia:

ACTA DE GRADO NUMERO 36 DE L 27 DE DICIEMBRE DE 19 91

*En Popayán, capital del Departamento del Cauca, a las 3:00P.M. del día 27 de DICIEMBRE de 19 91 y dando cumplimiento de la Resolución 5836/20/12/S expedida por el Rector del Establecimiento, se celebró el acto solemne de entrega de Diplomas de acuerdo con el orden del día establecido por la Rectoría.

El Presidente declaró abierto el acto. El Secretario General dió lectura a la Resolución en la cual se hace constar que el graduando ha cumplido con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Universidad y se confiere el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

A

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

A continuación el Presidente leyó el Juramento Universitario al graduando con la mano derecha puesta sobre los Santos Evangelios.

Por último se hizo entrega AL GRADUANDO GUEVARA RAMIREZ

del Diploma que acredita su idoneidad para ejercer la LA PROFESION DE MEDICO Y CIRUJANO

A las 4:00P.M.

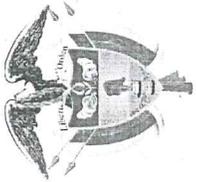
se declaró terminado el acto.
PARA CONSTANCIA SE EXPIDE LA PRESENTE COPIA DE ACTA DE GRADO:
(FDO) HERNAN OTONIEL PERNANDEZ ORDONEZ, RECTOR; (FDO) ALBERTO VALLEJO DURAN, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD;
(FDO) GUILLERMO NUÑEZ VELASQUEZ, SECRETARIO GENERAL.

Es fiel copia tomada de su original y se expide a solicitud del interesado en Popayán, a LOS VEINTISIETE (27) DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO (1991).

"TOTIBUS LUMEN MORTUOS EBAT"

GUILLERMO NUÑEZ VELASQUEZ
SECRETARIO GENERAL
UNIVERSIDAD DEL CAUCA





La República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



Aprobado por Resolución No. 0696 del 17 de Octubre de 2012
Secretaría de Educación Municipal de Guadalajara de Buga

CERTIFICA QUE:

Julían Guevara Ramírez

Identificado con la cédula de ciudadanía No. 16.696.988 de Cali.

Cursó y Aprobó satisfactoriamente el
DIPLOMADO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
UCI ADULTOS

Guadalajara de Buga, Viernes 13 de Febrero de 2015


Dra. María del Socorro Tascón D.
Directora General



Dr. Andrés Fabricio Caballero L.
Especialista en Anestesiología.
Reanimación y Cuidado Intensivo

CERTIFICADO
Internacional Certificación & Training S.A.



ISO 9001:2008
REGISTRO: ICAI-176-0613



CERTIFICADO
Internacional Certificación & Training S.A.



NTC 5555:2007
REGISTRO: ICAI-176-0713





**EL POLITÉCNICO SAN MATEO
CERTIFICA QUE:**

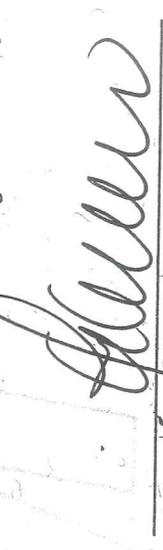
JULIAN GUEVARA RAMIREZ

C.C.16.696.988

*Cursó y Aprobó satisfactoriamente el
CURSO DE SEDACIÓN EN EL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO*

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN GUADALAJARA DE BUGA A LOS QUINCE (15) DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO 2015


Dra. M^o del Socorro Tascón D.
Directora General


Dr. Andrés Fabricio Caballero I.
Especialista en Anestesiología
Reanimación y cuidado Intensivo

UNIVERSITY OF NORTH AMERICA

Award of Excellence

TO

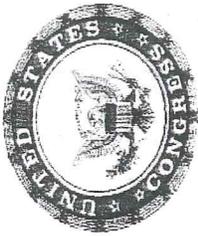
Julian Guevara



Jill Martin
Jill Martin, President

Claude C. Martin
Claude C. Martin, Chairman

December 21, 2017



**COLOMBIAN AMERICAN
CHAMBER OF COMMERCE**
of the Washington D.C. Metropolitan Area



EXCELLENCE IN EDUCATION AN LEADERSHIP

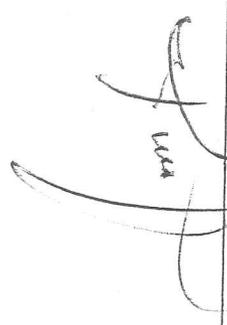
Recognition of his International leadership :

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

I pledge allegiance to the flag of the United States of America, and to the republic for which it stands, one nation, under God, indivisible, with liberty and justice for all.

Certificate of leadership in the public policy process.

Washington D.C. Diciembre 19, 2017


JULIAN HOYOS
PRESIDENTE



P O L I T E C N I C O D E [®]
SURAMERICA
E D U C A C I Ó N C E R T I F I C A D A

Licencia de funcionamiento otorgada mediante Resolución 005768 del 13 de mayo de 2016 de la Secretaría de Educación de Medellín, Reg. Mercantil N° 21- 542120-12, NIT: 900872734-3

HACE CONSTAR QUE:

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

Con Documento de Identidad No 16696988

CURSÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO EN

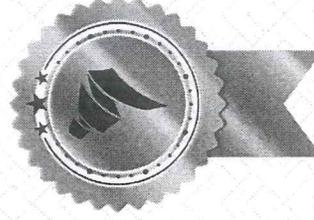
ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL - AWS

Con una intensidad horaria de ciento veinte (120) horas

MEDELLÍN – SEPTIEMBRE – 28 DE 2021
Registrado en el Libro de Actas No 0020210928
CÓDIGO DE SEGURIDAD 210928S

Rector - Daniel Mauricio Trejos Castañeda
www.polisura.edu.co

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo matriculas@polisura.edu.co indicando el N° de acta con el cual se registra





IDWeek™

Advancing Science, Improving Care

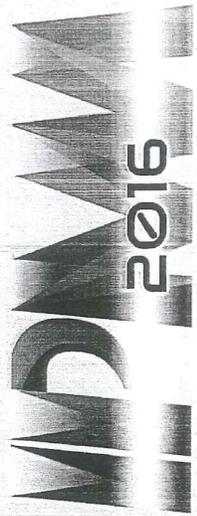
October 20, 2012

This is to certify that **Julian Guevara** attended IDWeek 2012™ held October 17-21, 2012, in San Diego, California, USA.

Justin Cortez

Administration Clerk





Congreso Médico Latinoamericano
de Atención y Cuidado Primario

CERTIFICA QUE

Dr. Julián Guevara

Participó como conferencista en el
XVIII Congreso IPMA 2016

Cali, Junio 11 de 2016

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C. Ortiz'.

Carlos Ortiz Ortíz
Presidente
Organización de Capacitación
P.L.A. Export Editores S.A.





CIDEIM

Centro Internacional de Entrenamiento e Investigaciones Médicas

The International Center for Medical Research and Training - CIDEIM

CERTIFICATE

that

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

has participated in the IX international symposium on antimicrobial resistance



MARCH 2-4 2016, CALI-COLOMBIA

Maria Virginia Villegas

Maria Virginia Villegas, MD, M.Sc

Chair of Symposium

Scientific and Clinical Director of Bacterial Resistance and HAI CIDEIM

Jorge Alonso Cano R

Jorge Alonso Cano R, Eng.

General Director



UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
ASOCIACION COLOMBIANA DE MEDICINA CRITICA Y
CUIDADOS INTENSIVOS REGIONAL SUR OCCIDENTE



Asociación Colombiana
de Medicina Crítica
y Cuidado Intensivo

CERTIFICA QUE:

JULIAN GUEVARA - CONFERENCISTA

ASISTIO EN CALIDAD DE PARTICIPANTE AL

I Simposio de actualización en Medicina
crítica

Realizado en Santiago de Cali, con una intensidad de 4 Horas, Mayo 19 de 2012

Dr. Gabriel Lopez Maldonado
Presidente AMCI - Valle

Dr. Jairo Alarcón
Sub director científico CCVUL

Dr. Luis E Blandon Palomino
Decano Salud Ulibre



APOYA:



CIDEIM
Centro Interacional de Entrenamiento
e Investigaciones Médicas

**FUNDACIÓN HOSPITAL
SAN JOSÉ DE BUGA**

Certifica que:

Julian Guevara

participó en el
**II SIMPOSIO DE ACTUALIZACIÓN
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

Buga, Abril 25 del 2014

María Virginia Villegas
María Virginia Villegas M.D. M.Sc
CIDEIM

Yamileth G
Yamileth Garzón
Gerente FHSB



Salamandra[®]

Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE

Julián Guevara Ramírez

Documento de Identidad No. 16.696.988

Completó satisfactoriamente los requerimientos de aprobación del Curso

Soporte Vital Básico y Avanzado

el cual avala competencias en los componentes de

**SOPORTE VITAL AVANZADO EN COLAPSO CARDIO-RESPIRATORIO,
URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS E INTERVENCIÓN AVANZADA
EN TRAUMA**

con una intensidad de 48 horas de Formación Semipresencial

Para constancia se firma digitalmente, a los veinte (20) días del mes de Noviembre de 2020, con una vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición.

**REGISTRO ACADÉMICO
FUNDACIÓN SALAMANDRA**

FIRMA CÓDIGO DIGITAL No. A-SVA0302020207

República de Colombia



La Universidad Libre

Personería Jurídica N.º 192 de 1946

y en su representación el Rector y los Profesores, en atención a que

Marcia Triseth Moreno Torres

c.c. N.º 1.130.683.238 de Cali (Valle)

ha completado los estudios y demás requisitos que los reglamentos exigen para optar al título de

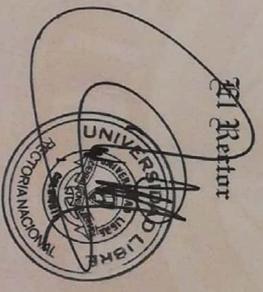
Médico y Cirujano

en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, le expide el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de lo cual se firma y rubrica con el sello mayor de la Institución.

Marcia Triseth Moreno Torres
El Graduado

El Rector

En la ciudad de SANTIAGO DE CALI
18 de SEPTIEMBRE del 2015
Acta N.º 3625 Folio N.º 3625 Libro



C.T. 137043

El Secretario General



Oficina de Admisiones y Registro
30 de SEPTIEMBRE del 2015
Registro 25198 Folio 7476 Libro de Registro 25

Fecha de Admisiones y Registro

JULIAN GUEVARA RAMIREZ

CC. 16.696.988

Dirección: calle 12A oeste #2B1-24 APTO 307

Ciudad: Santiago de Cali

Celular: 301222379

Email: jugura64@hotmail.com

Registro Médico: RM-503-93

PERFIL PROFESIONAL

Cuento con una Maestría en Microbiología, Especialización en Medicina Interna, con amplia experiencia como medico internista.

Me destaco por mi sentido ético, responsable, espíritu Emprendedor, sentido social y vocación al servicio de la comunidad.

LIDERAZGO:

Creación de Unidad de Servicios integrados en Salud (pacientes VIH -2000/2008), clínica del Rio 2008 a la fecha-ciudad Guadalajara de Buga.

PARTICIPACIÓN EN:

Infecciones Perinatales 2014
Enfermedad de Chagas,
Obstétrico Perinatal

Revista Colombiana de Salud Libre 2011-88-89
Tuberculosis Extrapulmonar

Il Simposio Nacional de Virología 2006- Detención del DNA Viral de VIH por PCR en el diagnostico de la infección Neonatal -grupo VIREM - Escuela de Ciencias Básicas, Facultad de Salud, Universidad del Valle de Cali - Colombia
Colciencias.

Ciencias Naturales -
Biologicas - Biología celular y microbiología.

Ciencias Médicas y de salud-
Medicina Clinica -Medicina General e interna.

ESTUDIOS PROFESIONALES

- ✓ Maestría Microbiología – Universidad del Valle
- ✓ Especialización Medicina Interna – Universidad del Valle
- ✓ Medicina General - Universidad del Cauca

EXPERIENCIA EN DOCENCIA

- | | |
|---|---|
| 2017-
2010
Santiago de Cali -
Colombia | Universidad Santiago de Cali
Conferencista
Tareas realizadas: Enfermedades Infecciosas en los Congresos de Salud. |
| 2013-
2012
Santiago de Cali -
Colombia | Universidad Santiago de Cali
Docente
Tareas realizadas: Medicina Interna – Facultada de Medicina. |
| 2011-
1999
Santiago de Cali -
Colombia | Universidad Libre
Docente
Tareas realizadas: Medicina Interna – Facultada de Medicina. |
| 1998-
1996
Santiago de Cali -
Colombia | Universidad del Valle
Docente
Tareas realizadas: Medicina Interna – Facultada de Medicina. |

EDUCACIÓN NO FORMAL:

2021- **XV CONGRESO COLOMBIANO DE**
Enfermedades Infecciosas

2021- ATENCION
INTEGRADA A **VICTIMAS
DE VIOLENCIA SEXUAL-
AVVS**

2019- **II Actualización** en
el enfoque integral de las
primeras causas de
consulta en urgencias
Adulto

2018- **Actualización** en el
enfoque integral de las
primeras causas de
consulta en urgencias
Adulto

2017- **Congreso de
actualización** para
Diagnósticos acertados en
Urgencias

2014- **II Simposio de
actualización** de
enfermedades infecciosas
Guadalajara de Buga -
Colombia

2013- **XI Congreso
Nacional de
enfermedades infecciosas
ACIN – Cartagena -
Colombia**

2013- **IV Congreso manejo
de pacientes en UCI-**
conferencista -Guadalajara
de Buga - Colombia

2012- **I Simposio Regional
de Sepsis – Conferencista**
Guadalajara de Buga -
Colombia

2012- **III Congreso de
manejo de pacientes en
UCI – Conferencista -**
Guadalajara de Buga –
Colombia

EXPERIENCIA LABORAL

2021-
2008
Indefinido
Guadalajara
de Buga
Colombia

EMPRESA: Clínica del Rio -2021- 2008 – Indefinido
CARGO: Medico Internista- Infectologia y
Subgerente Científico
DIRECCION: Calle 1 # 14-34
TELEFONO: 3162803883- 2374050

2021-
2008
Indefinido
Palmira
Colombia

EMPRESA: Clínica Palmira
CARGO: Coordinador de Comité de Infecciones
DIRECCION: Cra 31 # 31-62
TELEFONO: 2755557

2012
Santiago de
Cali -
Colombia

EMPRESA: UCI SIRAD
CARGO: Coordinador de Comité de Infecciones
DIRECCION: Calle 18 #344
TELEFONO: 3158609496

2010
Santiago de
Cali -
Colombia

EMPRESA: UCI VIDA
CARGO: Coordinador de Comité de Infecciones
DIRECCION: Cra 46 # 9C-85
TELEFONO: 4850190

2012- **XXII Congreso COL.Medicina Interna** – Cartagena – Colombia

2012- **VII Simposio Internacional de resistencia Antimicrobiana-CIDEM** - Cartagena – Colombia.

2012- **Congreso IDWeek**, San Diego- California.

2012- **I Simposio de Sepsis - Conferencista** - Guadalajara de Buga – Colombia

2012- **III Congreso de manejo de pacientes en UCI** – Conferencista - Guadalajara de Buga – Colombia

2012- **XXII Congreso COL.Medicina Interna** – Cartagena – Colombia

2011- **X Congreso Nacional en enfermedades infecciosas ACIN** – Medellín – Colombia

2011- **II Congreso de manejo paciente UCI** - Conferencista - Guadalajara de Buga – Colombia.

2010- **I Congreso de manejo paciente UCI** - Conferencista - Guadalajara de Buga – Colombia.

2004- **Proyecto de Detención del DNA Viral por PCR** en el diagnóstico de la infección neonatal de virus de inmunodeficiencia humana

2004- **IX Curso Internacional de enfermedades infecciosas y X Seminario Integral del SIDA** – Santiago de Cali- Colombia.

EXPERIENCIA LABORAL

2005
Santiago de Cali - Colombia

EMPRESA: Clínica Santiago de Cali
CARGO: Coordinador de programa Vigilancia Epidemiológica – Infecciones Hospitalarias
DIRECCION: Av. Norte #21N -54
TELEFONO: 3116071212

2005
Santiago de Cali - Colombia

EMPRESA: Clínica Santiago de Cali
CARGO: Médico Infectologo – Coordinador UCI adultos
DIRECCION: Av. Norte #21N -54
TELEFONO: 3116071212

2000
Santiago de Cali - Colombia

EMPRESA: Unidad de Servicios Integrados de Salud - USIS
CARGO: Médico Infectologo - Gerente
DIRECCION: Cra. 46 # 9C -85
TELEFONO: 5510898

1996
Santiago de Cali – Colombia

EMPRESA: Clínica Antonio Nariño
CARGO: Coordinador de área Ambulatoria - enfermedades infecciosas
DIRECCION: AV. 3 Bis Norte #24A-150
TELEFONO: 4850115

1996
Santiago de Cali - Colombia

EMPRESA: Clínica Rafael Uribe
CARGO: Coordinador de área Ambulatoria - enfermedades infecciosas
DIRECCION: AV. 3 Bis Norte #24A-150
TELEFONO: 4850115

2004- III Simposio de
resistencia antimicrobiana –
Cartagena – Colombia

2003- VII Curso Internacional
de enfermedades infecciosas
y IX Seminario Integral de
SIDA

2002- VII Curso Internacional
de enfermedades infecciosas
y VIII Seminario integral de
SIDA – Santiago de Cali –
Colombia.

2002- XVII Congreso
Colombiano de Medicina
Interna – Cartagena –
Colombia.

2001- II Encuentro de
actualización de VIH y SIDA
Asociación Colombiana de
Infectología – ACIN –
Cartagena – Colombia.

2001- Congreso Mundial
ICAAC Enfermedades
Infecciosas – EEUU- Chicago

2001- Taller Nueva
Tecnología y la enseñanza
Universidad Libre- Santiago
de Cali – Colombia.

2001- V Congreso de
Enfermedades infecciosas –
Cartagena – Colombia.

2001- Congreso Mundial de
SIDA – Argentina -Buenos
Aires.

2000- Curso Internacional de
Enfermedades Infecciosas y
VI Seminario integral de SIDA
– Santiago de Cali –
Colombia.

2000- Congreso Mundial
ICAAC Enfermedades
infecciosas – Canadá –
Toronto.

1999- I Congreso
Panamericano de SIDA –
Guatemala - México

OTROS ESTUDIOS

INGLES INTEMEDIO – BRITISTS ENGLISH – WITH
ASHLEY - 2020

INGLES – CURSO EXTENSION 3 NIVEL
UNIVERSIDAD DEL CAUCA – POPAYAN

INGLES – NATURAL LEARNING COPORATION

1999- IV Congreso
Guatemalteco de
enfermedades infecciosas -
Guatemala - México

1999- II Congreso
Centroamericano y del
Caribe de Infectología -
Guatemala - México

1999- IX Congreso
Panamericano de
Infectología Guatemala –
México

1998- 36TH. ANNUAL
MEETING OF THE
INFECTIOUS DISEASES
SOCIETY OF AMERICA
DEVER – EEUU – Colorado.

1996- Modulo de
actualización en antibióticos
– Santiago de Cali –
Colombia.

1996- Congreso de
actualización enfermedades
infecciosas – Quindío –
Armenia.

1996- Primer curso
Internacional de
Enfermedades Infecciosas –
Santiago de Cali –
Colombia.

1995-Rotacion Electiva en
Unidad de cuidados
intensivo – Fundación Valle
del Lili

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO: Dr. Raul Heli Corral Prado

CARGO: Médico Internista- enfermedades
infecciosas

TELEFONO: 5518280

NOMBRE Y APELLIDO: Dra. Yolanda Caicedo

CARGO: Médico Pediatría – infectóloga

TELEFONO: 5536254

NOMBRE Y APELLIDO: Dr. Rodrigo Cifuentes

CARGO: Md, PhD, FACOG. Coordinador de Posgrado
en ginecología y obstetricia

TELEFONO: 3216484050 -5586554

NOMBRE Y APELLIDO: Dra. Beatriz Parra

CARGO: Md, PhD, Virologa

EMAIL: bparrap@yahoo.com



MARCIA LISETH MORENO URREA

DNI: 96.154.873 C.C: 1.130.683.238

Fecha y lugar de nacimiento: 03/07/1989. Cali, valle del Cauca.
(Colombia)

Edad: 34 Años

Estado civil: Soltera

Experiencia

Médico General

Dic 2016 – Feb 2023

Fundación Hospital San José de Buga, Guadalajara de Buga. Colombia

labores de médico asistencial en el servicio de Urgencias durante los 3 primeros años de trabajo en la institución. desde el año 2019 realizando labores asistenciales en los servicios de Hospitalización Adultos y Consulta externa. y concomitantemente a estas labores asistenciales desde octubre de 2021 me sumo a labores administrativas como Medico Concurrente en el área de Auditoria Medica.

Medico de Servicio Social Obligatorio Nov 2015 - Nov 2016

Hospital san Nicolás, Versalles, Valle del Cauca Ahora Hospital Henryry valencia

medico de servicio de urgencias, consulta externa. Programas de promoción de Salud y prevención de la Enfermedad. traslados de pacientes en ambulancia medicalizada a instituciones de mayor nivel de complejidad.

Formación

Médico y Cirujano 2015

Universidad Libre – Cali, Santiago de Cali

Bachiller Académico 2005

Fundación Colegio Santa Isabel de Hungría, Santiago de Cali



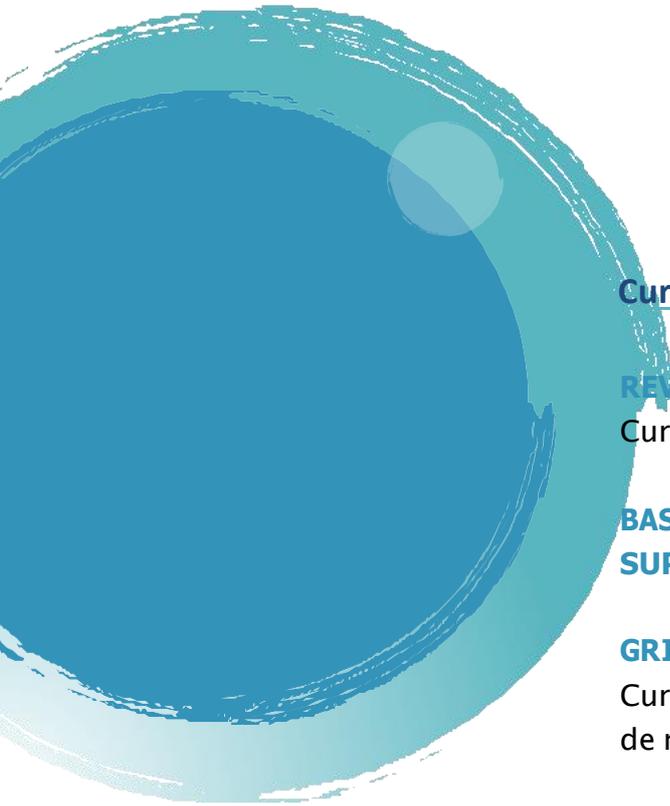
Av. Pueyrredón 945. Edificio Nazareno IX, Apto 9 H Córdoba, Argentina. CP: 5000



+54 3518695305
WhatsApp +57
3005491802



[marciali_16@hotmail.co](mailto:marciali_16@hotmail.com)
[m,
marcialisethmorenourea@gmail.com](mailto:marcialisethmorenourea@gmail.com)



Cursos realizados

REVIVE Entrenamiento Medico Integral Oct 2021

Curso de Dermatología.

BASIC LIFE SUPPORT- B.L.S ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT - A.C.L.S Feb 2022

GRICIO. Mar 2022

Curso de Medicina Basada en la Evidencia desde el día 11 de marzo al 31 de mayo de 2022

REVIVE Entrenamiento Medico Integral Mar 2022

Curso virtual de Ataque Cerebrovascular ACV

III Curso de Actualización en Dermatología Mar 2022

Organizado por: Residentes de Dermatología y Cirugía Dermatológica UV

QUIRÓN

Abr 2022

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS

QUIRÓN

Abr 2022

ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

QUIRÓN

Abr 2022

GESTIÓN DE DUELO

QUIRÓN

Abr 2022

SEDACCION BASICA Y AVANZADA

QUIRÓN

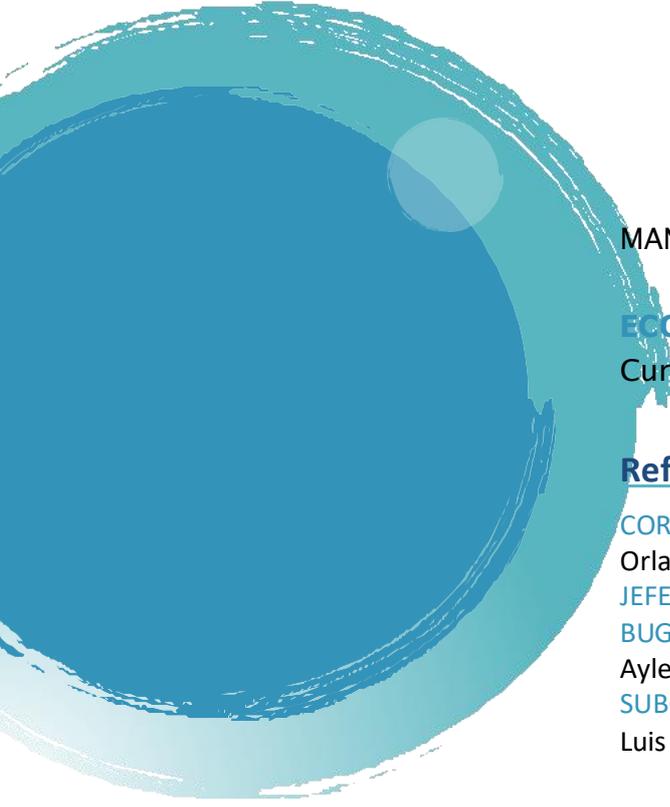
Abr 2022

CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS

QUIRÓN

May 2022





MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.

ECO Academy

Nov 2022

Curso Virtual Infarto Agudo de Miocardio

Referencias

COORDINADOR DE GESTION HUMANA FUNDACION SAN JOSE DE BUGA:

Orlando Peña Tel: +57 3154074409

JEFE DE SERVICIO DE HOSPITALIZACION FUNDACION SAN JOSE DE
BUGA:

Ayleen Dayana Rivera- Médico internista Tel: +57 3017162599

SUBGERENTE MEDICO FUNDACION SAN JOSE DE BUGA:

Luis Guillermo Franco Tel: +57 3168254138

Marcia Liseth Moreno Urrea.

