



Pasto (N), diez (10) de septiembre de dos mil veintiuno (2021)

De conformidad con lo anunciado en auto No. 783 del 5 de agosto de 2021, procede el Despacho a dictar sentencia escrita dentro del asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES PROCESALES:

1. La Demanda:

Actuando a través de mandatario judicial debidamente constituido, los señores Ricardo Guerrero Pasuy, Andrea Fanny Arcos Rosero, Richard Steven Guerrero Arcos, Angie Estefanía Guerrero Arcos, Nelson Arcecio Guerrero Chamorro y Amparo del Carmen Pasuy presentan demanda declarativa de responsabilidad civil contractual y extracontractual, y condena al pago de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales causados por el actuar del personal médico de Saludcoop Clínica los Andes S.A.

Los hechos de la presunta responsabilidad médica irrogada se imputan a la atención de urgencias del 2 de junio de 2010 prestada al señor Ricardo Guerrero, quien acudió por dolencias en la rodilla izquierda. En aquella ocasión se diagnosticó una *“posible celulitis”* que fue tratada con antibióticos, amikacina y vancomicina, desarrollando *“hipoacusia neurosensorial grado severo moderado en los dos oídos”* causada, según imputa la demanda, por el uso de amikacina, antibiótico acusado de ser ototóxico.

Tal condición que obliga irremediablemente al uso de audífonos, ha ocasionado perjuicios morales, psicológicos y materiales sobre el paciente y su núcleo familiar, activa de la litis.

2. La réplica:

Saludcoop EPS sostuvo que, aunque el paciente estaba afiliado no es de su competencia impartir los tratamientos o medicamentos a los pacientes, sino la administración de la entidad, función que cumplió debidamente pues no hubo negación o retardo de servicios, con lo cual, afirma, no existe solidaridad con la IPS prestadora del servicio pues ésta desarrolla el objeto contractual con amplio margen de autonomía. Cuestiona además que no hay prueba de que el daño sea irreversible ni del nexo causal entre el suministro del medicamento y la condición padecida. Al efecto, eleva las excepciones de *“cumplimiento de las funciones y obligaciones*

por parte de Saludcoop EPS”, “inexistencia de solidaridad entre EPS e IPS”, “necesidad de la prueba de la culpa en el acto médico”, “no presunción del nexo de causalidad en materia médica”.

Por su parte Saludcoop Clínica los Andes S.A., se opone a las pretensiones sosteniendo que el tratamiento fue acorde a la *lex artis*, y que los perjuicios obedecen a evoluciones inherentes a una situación imprevisible e irresistible dentro de la patología y complicaciones presentadas por el paciente, sin que mediara culpa alguna de la IPS. Propone las excepciones de *“ausencia de responsabilidad de la IPS Saludcoop Clínica los Andes S.A”, “ausencia de relación causal con Saludcoop Clínica los Andes S.A”, “diligencia en el actuar médico”, “ausencia de culpa”, “carencia de carga de la prueba exclusiva de la parte”* y *“ausencia total de prueba de los supuestos hechos culposos que fundamentan las pretensiones”*. Igualmente alega que, no consta que el paciente Ricardo Guerrero sea hijo de Nelson Guerrero pues en el registro civil consta como padre Gonzalo Arcesio Guerrero Chamorro.

3. Problema Jurídico:

Con auto del 30 de junio de 2014, se declaró fracasada la conciliación y en punto de fijación del litigio se tuvo como probado que el señor Ricardo Guerrero se encontraba afiliado a Saludcoop EPS a 2 de junio de 2010, así como que en esa fecha fue atendido en consulta externa en Saludcoop Clínica Los Andes S.A.

Así, el problema jurídico a resolver en esta ocasión conduce a responder la siguiente pregunta ¿La conducta desplegada por la institución prestadora de salud demandada, en solidaridad con la empresa promotora de salud, en la valoración médica realizada a partir del 2 de junio de 2010 al señor Ricardo Guerrero fue apegada a la conducta esperable del médico tratante?

4. Alegatos:

Con auto No. 783 del 5 de agosto de 2021, se convocó a las partes para que presenten alegatos de conclusión, conforme lo prevé el artículo 403 del C. de P.C., lo cual ocurrió bajo el siguiente tenor:

El abogado de los demandantes reitera los argumentos esgrimidos en la demanda, esto es, que ante la bursitis infecciosa diagnosticada al señor Ricardo Pasuy el 2 de junio de 2010, le fue otorgado un tratamiento con oxacilina, amicacina y vancomicina, el cual reprocha se brindó sin estudios y/o exámenes de sensibilidad, ni se tomaron medidas correctivas para evitar el deterioro de la hipoacusia presentada, y que por el contrario, al acumular los dos últimos medicamentos mencionados, sin que se evidencie consentimiento informado respecto de los riesgos de aquellos, potenciaron

el daño auditivo del paciente. Que tal actuar negligente y omisivo de los galenos adscritos a las accionadas, causaron la pérdida de la audición del señor Ricardo Guerrero Pasuy junto a complejos perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales los cuales están llamados a resarcir.

Por parte de Saludcoop EPS, a través de apoderado judicial, los alegatos fueron presentados de manera extemporánea, pues el término culminaba el 23 de agosto de 2021 a las 04:00 p.m., y dicha EPS remitió correo a las 05:47 p.m. Al efecto, recuérdese que el horario de atención de los despachos judiciales en el Distrito Judicial de Pasto y Mocoa, conforme lo prevé el Acuerdo No. CSJNAA20-22 del 25 de junio de 2020 va de las 7:00 am a las 12:00 m y de 1:00 p.m. a 4:00 p.m., horario que se mantiene en Acuerdo No. CSJNAA20-60 del 19 de octubre de 2020. Normativa que es pública y se encuentra en el micrositio del Consejo Seccional de la Judicatura de Nariño¹.

En este escenario, el Despacho decidirá de fondo, con base en las siguientes,

II. CONSIDERACIONES:

1. Sanidad Procesal

El Juzgado constata que el proceso se ha tramitado de conformidad con la ritualidad procesal pertinente y con garantía del derecho de defensa, por lo que no hay lugar a decretar nulidad alguna ni a pronunciarse sobre irregularidades que hayan afectado la sanidad procesal.

Es de advertir que la judicatura convocó a presentar alegatos de conclusión, teniendo en cuenta que ya se habían practicado las pruebas al interior del presente asunto; no obstante, es de anotar que conforme el literal b) del numeral 1 del artículo 625 del C.G.P., procedía citar a audiencia de alegatos y sentencia, diligencia que no se ha practicado, pero cuyo objetivo ha sido satisfecho, en tanto, fue garantizado a cada una de las partes presentar alegatos en los términos de lo previsto en el artículo 403 del C. de P.C., actuación que en todo caso, no fue reprochada por las partes y que habiendo cumplido su finalidad, se reputa plenamente válida.

Por lo anterior, es evidente que esta Judicatura conserva competencia temporal para emitir la presente decisión.

¹ https://www.ramajudicial.gov.co/web/consejo-seccional-de-la-judicatura-de-narino/inicio?p_p_auth=tGWV5qvX&p_p_id=101&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=2&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=40776111&_101_type=content&_101_urlTitle=acuerdo-csjnaa20-21

2. Presupuestos Procesales:

Considerados como aquellos antecedentes indispensables para la normal constitución de la relación jurídico procesal y que permiten decidir de fondo sobre las pretensiones de la parte actora y los medios defensivos de la parte demandada, se encuentran debidamente satisfechos:

Por la naturaleza del proceso, el domicilio del demandado y la cuantía de la pretensión, este despacho es competente para conocer la presente demanda declarativa.

Las personas que comparecieron al proceso son aptas para ser parte, pues como personas naturales, a las demandantes se les presume su capacidad; y en cuanto a las personas jurídicas demandadas, acreditan oportunamente su existencia y representación legal. Por su parte, la capacidad para comparecer al proceso se tiene por satisfecha, toda vez que tanto activa como pasiva de la litis, legitimaron su derecho de postulación, a través de apoderados judiciales debidamente constituidos; y formalmente la demanda reúne los requisitos que la hacen idónea para su apreciación.

3. Legitimación En La Causa

La legitimación en la causa, entendida como el interés jurídico que ubica a las partes en los extremos de la relación sustancial, se encuentra debidamente acreditada para la parte pasiva en cuanto a la relación contractual con el paciente y extracontractual con sus familiares. Por la parte activa, sin embargo, debe realizarse una precisión respecto de Nelson Arcesio Guerrero Chamorro.

En lo que concierne a los demandados, Saludcoop Clínica Los Andes S.A, tiene legitimación por pasiva por ser la IPS en la que se prestó el servicio que se acusa de negligente y se considera causó la dolencia reclamada. La EPS Saludcoop adquiere la legitimación en virtud de la prestación del servicio de salud, que en términos de lo establecido por la Ley 100 de 1993 y tal como lo resaltó la Corte Suprema de Justicia: *“Igualmente, la prestación de los servicios de salud garantizados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), no excluye la responsabilidad legal que les corresponde cuando los prestan a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o de profesionales mediante contratos reguladores sólo de su relación jurídica con aquéllas y éstos. Por lo tanto, a no dudarlo, la prestación del servicio de salud deficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la lex artis, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud y prestándolos mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, son*

todas solidariamente responsables por los daños causados, especialmente, en caso de muerte o lesiones a la salud de las personas”².

Por la parte activa se encuentra legitimado el señor Ricardo Arcesio como afiliado a la EPS y paciente de la IPS demandada, y la mayoría de familiares que acreditan vínculo familiar, exceptuando al señor Nelson Arcesio Guerrero Chamorro. En efecto, a folio 26 (PDF01. p. 53) consta el registro civil de nacimiento de Nelson Arcesio Guerrero, es decir, de quien se presenta como demandante (según memorial poder, PDF01, p.35) y padre de Ricardo Arcesio Guerrero Pasuy -afectado directo de la atención médica-. Sin embargo, en el certificado civil de nacimiento de Ricardo Arcesio Guerrero Pasuy (folio 21 PDF01. p.43) se registra como padre a Gonzalo Arcesio Guerrero Chamorro y no se indica número de identificación.

Así, siendo que el señor Nelson Arcesio Guerrero se presenta como padre del directamente afectado y por tanto, indirectamente afectado en esa condición de relación familiar, resulta que esta circunstancia no se encuentra demostrada; no hay certeza de que el señor Nelson Guerrero sea, en efecto, el padre de Ricardo Guerrero pues no es ello lo que indica, por la razón que sea, el certificado de nacimiento respectivo, sin que la parte activa hubiera brindado aclaración o información alguna de aquella inconsistencia; así las cosas, debe concluirse en su falta de legitimación en la causa por activa.

4. Naturaleza de la Acción

La demanda reclama en su contexto la responsabilidad civil médica, la que comporta la concurrencia de varios elementos, a saber, la acción o la omisión por parte del galeno en el ejercicio de su profesión; el daño padecido por el paciente o, en general, por las víctimas, la culpa o el dolo y la relación causal entre una y otro. Elementos, todos que, en esta especie de responsabilidad, incumbe probar al demandante.

Sabemos que el médico asume una responsabilidad tal frente a sus pacientes, que implica que en sus manos están derechos inherentes al ser humano, como la salud y, principalmente, la vida; ello le demanda el mayor cuidado y esmero, toda vez que conforme lo previene el artículo 1° de la Ley 23 de 1981 “*La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes*”. De ahí que, señala la misma regla, al profesional le incumbe poner al servicio del

² CSJ.SC de 17 de noviembre de 2011Exp. 11001-3103-018-1999-00533-01, reiterada en sentencia SC13925-2016 del 24 de agosto de 2016.

paciente todos sus conocimientos con el fin de preservar esos elementales derechos.

Así las cosas, a las reglas generales de la responsabilidad civil, y a las singulares de la profesional, deben unirse las normas o reglas que regulan la profesión médica, con los principios científicos o técnicos que irradian su ejercicio (*Lex artis*), todo de la mano de los avances del conocimiento y el progreso tecnológico, entendidas en el contexto del caso concreto teniendo en cuenta las especiales características del actor, del acto médico, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente, y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo- y exógenos (*Lex artis ad hoc*). Lo anterior implica que el tema de la prueba no será únicamente la conducta del galeno tratante sino, además, la prueba de lo que debe entenderse como la *lex artis ad hoc*³ en el asunto en concreto.

Ahora, como es su conocimiento el que se brinda, de tiempo atrás se ha considerado que la actividad médica involucra obligaciones de medio y no de resultado, aunque excepcionalmente el galeno pueda comprometerse a un resultado en específico; lo que ratifica la regla de que quien demanda el resarcimiento de unos perjuicios derivados de una actividad de este tipo deba probar la culpa, tal como lo ha dicho la Corte Suprema de Justicia:

“Por tanto, cuando se persiga la reparación de los daños derivados de un yerro médico, es connatural que el interesado acredite, además del daño y nexo causal, que el galeno carecería de la capacitación requerida, omitió las verificaciones necesarias según la sintomatología, actuó de forma descuidada o temeraria al realizar el procedimiento o, en general, que desatendió las reglas propias de la lex artis ad hoc.

En otras palabras, será insuficiente la demostración del demérito a la salud o vida para pretender su reparación, en tanto se requiere la prueba de la falta de diligencia de los galenos, la cual es una carga probatoria del demandante, sin perjuicio de la aplicación del dinamismo probatorio.

³ Definida en sentencia SC9193-2017 . con estas palabras *“En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del SGSSS, la lex artis ad hoc es un concepto concreto, medible, transparente y constatable a la luz de los dictados de la medicina evidencial, que no sólo es bien intencionada, sino que además está bien orientada, documentada y experimentada. De manera que ese es el parámetro objetivo que han de seguir los jueces para valorar las pruebas que dan cuenta de la conducta (activa u omisiva) de los agentes prestadores del servicios de salud, a finde poder determinar la presencia de los elementos que permiten atribuir responsabilidad civil, o descartarlos si no hay prueba de ellos en el proceso. (...) La lex artis médica, en suma, son los estándares de la medicina con base en la evidencia, la cual resta importancia a la intuición, la aplicación irracional de lineamientos, la experiencia clínica no sistemática y la justificación fisiopatológica (ojo clínico) como bases suficientes para tomar decisiones médicas, dando mayor valor a los resultados de los exámenes sustentados en la investigación científica.”* Subrayados fuera de texto.

Las directrices precedentes son inaplicables cuando el margen de incertidumbre de la actividad médica se reduzca, por estar bajo control de los profesionales las variables que pueden influir negativamente en la recuperación, caso en el cual la obligación pasará a ser de resultado.

Así lo señaló la Corte, en particular, en los casos en que haya una convención expresa, se trate de resultados de exámenes de laboratorio, recaiga sobre equipos ortopédicos o anticonceptivos de uso común, y todas las demás situaciones que puedan equipararse a las precedentes...”⁴

5. El caso concreto

Se trata de determinar en este asunto, y en ello se concentrará el análisis de los medios probatorios, si en la atención médica surtida entre el 2 de junio de 2010 y al menos el 9 de junio del mismo año, en Saludcoop Clínica los Andes al señor Ricardo Guerrero, el personal médico que lo atendió incurrió en mala práctica médica al suministrar ciertos antibióticos para el tratamiento de su problema de rodilla los cuales se imputan como causantes de la pérdida auditiva del paciente, y entonces definir si se causaron daños a los demandantes, su cuantía y la carga de repararlos.

5.1. El Hecho Dañoso y el Daño.

El hecho dañoso es corroborable de la historia clínica, en la cual, aflora que hubo atención inicial de urgencias el 2 de junio de 2010 en la IPS Saludcoop Clínica Los Andes, con hospitalización para manejo con antibióticos de la enfermedad infecciosa de rodilla que soportaba el paciente, en desarrollo de lo cual se detecta por primera vez el desarrollo de hipoacusia presuntamente por uso de amikacina.

El daño que se alega en la demanda, consiste en la pérdida auditiva del señor Ricardo Guerrero por “*hipoacusia neurosensorial*” de ambos oídos, lo cual ha causado perjuicios en él y su grupo familiar.

Esta circunstancia se encuentra acreditada con las diferentes anotaciones de la historia clínica del paciente, como se observa en la del 9 de junio de 2010 de hospitalización (02-06-10 Hospitaliación.pdf, p.3), en la que se lee, que el paciente “*desarrolla hipoacusia por uso de amikacina*”; en la historia clínica del 11 de junio de 2010, arroja como resultado de los exámenes de audiometría diagnóstico de “*hipoacusia neurosensorial bilateral grado moderado – severo en ambos oídos*” (carpeta 02 de la carpeta 02CuadernoPruebasDemandante); y, en la del 15 de noviembre de 2011 (15-11-11 C Externa.pdf) en la que se indica que el paciente se encuentra utilizando audífonos bilateral para la hipoacusia, entre otras.

⁴ Sentencia SC4786-2020. Radicación n.º 20001-31-03-003-2001-00942-01.

5.2. Culpa y Nexo de Causalidad.

Establecida la ocurrencia del hecho dañoso y el daño, el punto a resolver es la causa inmediata del daño sufrido por los demandantes, por lo que incumbe indagar si la atención prestada en Saludcoop Clínica los Andes fue ajena a la *lex artis ad hoc*, y si la pérdida de la función auditiva del señor Ricardo Guerrero obedeció a esa conducta deficiente, como quiera que tal como lo ha advertido la Corte Suprema de Justicia la responsabilidad médica depende del esclarecimiento de la fuerza del encadenamiento causal “entre el acto imputado al médico y el daño sufrido por el cliente: Por lo tanto, el médico no será responsable de la culpa o falta que le imputan, sino cuando éstas hayan sido las determinantes del perjuicio causado. Al demandante incumbe probar esa relación de causalidad o en otros términos, debe demostrar los hechos donde se desprende aquella”⁵.

Para asumir el análisis pertinente, importa reparar en el concepto de *lex artis ad hoc* como estándar bajo el cual se estudiará la conducta del galeno, cuál será dicho estándar en este caso particular, y si la conducta desplegada por el personal médico en la clínica demandada fue realizada de conformidad con aquel parámetro.

Y así debe procederse, en la medida en que para la responsabilidad civil “no basta que la acción generadora del daño se atribuya al artífice como obra suya (*imputatio facti*), sino que hace falta entrar a valorar si esa conducta es meritoria o demeritoria de conformidad con lo que la ley exige (*imputatio iuris*). Por eso, “el reproche civil no radica en haber actuado mal sino en no actuar conforme al estándar de prudencia exigible, habiendo tenido la posibilidad de hacerlo.”⁶. De tal manera que “El nivel de esa exigencia se configura, principalmente, a partir de lo que establecen las reglas de la *lex artis ad hoc*, que constituye, en ese orden de ideas, el primordial criterio de valoración de la conducta médica, junto con un patrón de comparación que no es otro que el obrar de un buen profesional. Así las cosas, no puede exigirse del médico algo más, como una *diligentissimi* propia de la culpa levísima, sino la corrección que se espera de un buen profesional de su especialidad, es decir de quien acata debidamente los preceptos que gobiernan su ciencia, pero tampoco menos”⁷.

Para entender mejor el anterior planteamiento, la Corte Suprema de Justicia ejemplifica la falta de diligencia de conformidad con el criterio de *lex artis ad hoc*:

“Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en

⁵ CSJ, SC de enero de 2008. Exp. 1101-3103-037-2000-67300-0115

⁶ CSJ, SC-13925 de 30 de septiembre de 2016.

⁷ CSJ, SC Sentencia 2001-00778 del 8 de agosto de 2011.

consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia. Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad. (...) En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”⁸

Así las cosas, delantamente debe advertirse desde ya que, del material probatorio no se concluye la responsabilidad pretendida por la activa de la litis, pues el manejo y atención brindada por los galenos de Saludcoop Clínica Los Andes, fue ceñida a la conducta esperada y a las actuaciones que enseña la ciencia.

Análisis individual de la prueba pericial.

El 11 de octubre de 2018 el ortopedista Juan Ricardo Benavides, especialista en ortopedia y traumatología (fl. 275, cuaderno principal 4; archivo 04, p. 61), con base en la historia clínica del paciente sostiene que, “*se considera que los diagnósticos y los tratamientos de las atenciones ortopédicas desarrolladas en este paciente, fueron oportunas y adecuadas, acordes con la lex artis de esta especialidad médica*”.

Posteriormente, en sede de complementación a instancia del despacho, el 12 de diciembre de 2018 el mismo experto (fl. 279, cuaderno principal 4; archivo 04, p.69), advirtiendo de entrada que no absuelve interrogantes relativos a la atención en otorrinolaringología, sostiene que “*desde el punto de vista ortopédico, este era el manejo adecuado para su enfermedad*”, en sustento de lo cual agrega la explicación de que la *bursitis* consiste en la inflamación de las bursas o bolsas de tejido fibroso que cumplen la función de lubricar y amortiguar las articulaciones óseas, complicación causada por la bacteria *satafilococo aureus*, la cual conforme la historia clínica fue tratada con drenaje y antibióticos endovenosos específicos.

⁸ CSJ, SC Sentencia 1999-08667 del 26 de noviembre de 2010.

Una vez más, previa solicitud de los demandantes, se ordenó otra complementación, la que fue atendida el 17 de septiembre de 2019, con la presentación de dos conceptos periciales, esto es:

i) El médico Sebastián Barragán Delgado, especialista en otorrinolaringología (fl. 312 cuaderno Principal 4; PDF04, p.135), concluye que el tratamiento fue ajustado a la *Lex Artis*. Explica en el concepto que el cuadro auditivo presentado por el paciente **no era previsible** pues la *“hipoacusia secundaria a ototoxicidad depende de diferentes variables que incluyen aspectos genéticos propios del paciente que no pueden ser reconocidos previo al tratamiento”* así como *“el estado audiológico previo al inicio de la medicación y exposición a trauma acústico”*. Sin embargo, señala que hubo signos *“de predisposición a complicación auditiva”* consistentes en motivos de consulta previas del 2005, 2006 y 2008 en los que se registran síntomas de hipoacusia en los que, sin embargo, no hay diagnóstico de hipoacusia pues no se hizo *“audiograma”*. No obstante, señala que *“considerando que en 2008 ya hay registro de hipoacusia severa bilateral, no es posible afirmar que el origen de la hipoacusia tuvo origen en uso de antibiótico”*. El tratamiento de la hipoacusia en todo caso, sostiene, fue adecuado pues se realizaron estudios audiológicos, se valoró por especialista y se formularon audífonos.

ii) El médico internista Marco Antonio Solarte Portilla (fl.315 Cuaderno Principal 4; PDF04, p.141) manifiesta que *“la atención prestada en todas las consultas corresponde a una atención adecuada acorde al requerimiento”*. Al respecto señala que en el tratamiento del 2 de junio de 2010 se inició tratamiento antibiótico con *“oxacilina y amikacina (asociación que sigue siendo utilizada por muchos ortopedistas aun hoy en día) hasta ahí no se evidencia falla en el servicio y el proceso médico se cumple de manera establecida”*. Continúa señalando que el 9 de junio de 2010 *“se advierte falta de mejoría clínica y aparición de adenopatía inguinal, motivo por el cual se comenta con urgencias y se decide hospitalizar, se valora por Medicina Interna decidiendo rotar antibióticos y sugiriendo drenaje quirúrgico, que se realiza posteriormente”*, en este ingreso se confirma *“hipoacusia neurosensorial moderada a severa”*.

Ahora, respecto de si la hipoacusia pudo tener origen en el suministro de amikacina por 7 días señala que, por un lado, ya desde el 16 de diciembre de 2008 se había detectado hipoacusia progresiva *“y se considera como de posible origen ocupacional, por exposición a ruidos sin protección. Lamentablemente no aparecen notas de valoración especializada en este tiempo”*. Continúa señalando que *“es claramente reconocida la ototoxicidad de la amikacina”*; sin embargo, debe tenerse en cuenta la predisposición genética, la que en todo caso, no se estudia *“en la práctica diaria”*. Agrega que *“la toxicidad es variable y se puede presentar con dosis única de aminoglucósido, pero aumenta definitivamente después del 10 de uso”* y que *“en el presente caso no se desarrolló nefrotoxicidad que acompaña la ototoxicidad frecuentemente”*. Concluyendo que *“1. El paciente ya padecía una hipoacusia, previa a la exposición a amikacina. 2. La amikacina sigue siendo parte del armamentario*

terapéutico actual y se incluye aún en guías de manejo ortopédico y de otras condiciones médicas, no se puede decir que para el caso actual haya estado contraindicada 3. Es imposible en la práctica actual conocer la predisposición genética a desarrollar toxicidad y 4. Evidentemente su uso puede profundizar una hipoacusia preexistente”.

Aunque no fue reprochado por los sujetos procesales tal concepto pericial, y sin que el galeno lo hubiera advertido al momento de presentarlo, de la revisión de la historia clínica se tiene que aquel participó en la atención médica al señor Ricardo Guerrero, esto es, el día 9 de junio de 2010 (02-06-10 Hospitalización.pdf, páginas 15 y ss), fecha en la que aparecen atenciones como médico internista, ordenando el suministro de medicamentos incluido el antibiótico vancomicina. Aunque no puede descartarse de entrada su concepto auxiliar, deberá ser analizado con reserva.

El análisis debe centrarse, de todos modos, en la ilación lógica entre las premisas y las conclusiones de los expertos, así como el material que tuvieron en cuenta; para lo cual, en la forma autorizada por la Jurisprudencia, el Juzgado acudirá a la literatura científica que pudo copiarse al respecto.⁹

Análisis individual de la histórica clínica

Antes de extraer las consecuencias que este análisis arroja debe hacerse un decurso por la historia clínica del señor Ricardo Guerrero para contrastar este documento con la prueba pericial a fin de conformar una valoración conjunta de los medios de prueba disponibles, documento que valga resaltar no fue tachado ni enfilada duda o reproche por los sujetos procesales.

En tal documento, por mandato legal “se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados

⁹ SC9193-2017. Exp n.º 11001-31-03-039-2011-00108-01: “Cabe recalcar que el conocimiento científico afianzado, como parte de las reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba. De hecho, si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad.

La apreciación individual y conjunta de las pruebas según las reglas de la sana crítica no es un concepto vacío, ni una válvula de escape de la que el juez puede echar mano para dar la apariencia de racionalidad y juridicidad a sus intuiciones, tabúes, posturas ideológicas, emociones, prejuicios culturales, políticos, sociales o religiosos, o a sus sesgos cognitivos o de “sentido común”. Es, por el contrario, un método de valoración de las pruebas que impone a los jueces reglas claras y concretas para elaborar sus hipótesis sobre los hechos a partir del uso de razonamientos lógicos, analógicos, tópicos, probabilísticos y de cánones interpretativos adecuados, que constituyen el presupuesto efectivo de la decisión”.

*por el equipo de salud que interviene en su atención*¹⁰, y siendo ello así, no cabe duda de que lo consignado en ella es lo que sucedió realmente.

En la historia clínica aportada en cuaderno de pruebas de parte demandante (carpeta: 06CuadernoPruebaDteCDFolio15HC) puede observarse, en orden cronológico, las siguientes atenciones:

El 8 de mayo de 2006 se presenta a consulta por disminución de agudeza auditiva y se requieren resultados de audiometría, el 26 de mayo de 2006 se registra control de audiometría con resultado, con diagnóstico de **“hipoacusia mixta conductiva y neurosensorial bilateral”**.

El 5 de julio de 2007 se presenta por dolor en la rodilla *“tipo peso edema masa en cara anterior y limitación funcional desde hace 2 meses intenso dolor sin tratamiento”* que se diagnostica como *“masa en rodilla izquierda”*, en seguimiento el 11 de julio de 2007 se diagnostica, por ortopedista, *“bursitis de la rodilla”*.

En atención del 19 de agosto de 2008 se presenta por **“sordera”** y se diagnostica **“cefalea”** e **“hipoacusia a estudio”**.

El 16 de diciembre del mismo año, se consulta por **“problema de los oídos”** y se diagnostica **“hipoacusia, no especificada”** por lo que se solicita fonoaudiometría y remisión a salud ocupacional.

El 19 de diciembre de 2008 se presenta con resultado que **“reporta hipoacusia mixta severa bilateral, historia de hipoacusia de dos años de evolución”** y se remite a otorrinolaringología.

El 5 de mayo de 2010 se realiza consulta externa por *“un dolor de la rodilla”* en el que se refiere *“cuadro de 2 meses de evolución refiere que ha tenido traumatismo al realizar actividad de trabajo cayendo mal desde una altura de 1 metro”* en el que se diagnostica *“trastorno interno de la rodilla no especificado”* y se prescribe dexametasona, naproxeno y crema.

El 1 de junio de 2010 se presenta a atención de urgencias por un *“dolor de rodilla”* por *“dolor opresivo en la rodilla (...) de moderada intensidad”*, se diagnostica **bursitis de la rodilla** y se prescribe dipirona, diclofenaco, acetaminofén e ibuprofeno. Sin embargo, el 2 de junio de 2010 vuelve a ingresar a urgencias por el mismo dolor por haberse *“exacerbado el cuadro”* de bursitis y se prescribe analgesia y valoración por ortopedia con radiografía.

¹⁰ Art. 1 Resolución 1995 de 1999 *“por el cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica”*.

El mismo 2 de junio de 2010 se mantiene en observación “*para manejo de su patología, valoración por medicina interna y ortopedia*”. En seguida se prescribió “**manejo antibiótico oxacilina amikacina IV**” por diagnóstico de “**celulitis de otros sitios**” luego de lo cual se remitió a “*hospitalización en casa*”.

Posteriormente se anota “*visita domiciliaria del 08 de junio del 2010*” en la anotación registrada el 9 de junio del mismo año, en que se encuentra que “*completa seis días con oxacilina y amikacina siete días*” considerando “*paciente con respuesta clínica parcial*”. Sin embargo, el 9 de junio de 2010 a las 11 de la mañana reingresa a urgencias por “*aumento del edema y eritema de rodilla izquierda*”. En la anotación del mismo día a las 18:46 se señala “*paciente con colección infecciosa de rodilla derecha, la cual no cede al tto con oxacilina y desarrolla hipoacusia por uso de amikacina y progresión de lesión hacia el muslo derecho y aparición de adenopatía inguinal ipsilateral*” ante lo cual “**se inicia pipe-tazo y vancomicina, se hospitaliza y se considera concepto ortopédico y considerar drenaje quirúrgico**”.

En epicrisis de Corporación IPS Saludcoop Nariño del 17 de junio de 2010 se anota: “*paciente con Dx de celulitis en rodilla izquierda, manejado por ortopedia en SHEC [hospitalización en casa] con oxacilina+amikacina x 7 días, persisten síntomas inflamatorios por lo cual se hospitaliza. Valorado por ortopedia se realiza drenaje por punción de bursitis rodilla izquierda, realizándose cultivo que reportó estafilococo aureus. Recibe inicial/ p. razobactam + vancomicina. Se evidenció desde su ingreso a clínica Palermo hipoacusia, por lo que valoro ORL, indicándose suspensión de vancomicina y realizándose estudio audiológico. Paciente con mejora de bursitis bacteriana rodilla*”.

El 10 de julio de 2010 hay constancia de consulta externa a la que asiste la esposa del señor Ricardo Guerrero para solicitar control por psicología “*por cuadro depresivo por hipoacusia actual asociada*”. El 29 de julio de 2010 aparece consulta externa alegándose que “*no escucha nada desde que le dieron amikacina en la hospitalización por celulitis*” en el que se refiere además vértigo, malestar general y depresión. Se diagnostica hipoacusia repetido y síndromes vertiginosos.

El 1 de septiembre de 2010 hay consulta por hipoacusia neurosensorial, solicitando incapacidad. Se anota “*paciente con cuadro clínico consistente en hipoacusia neurosensorial en tratamiento con otorrinolaringología refiere que necesita incapacidad cuya orden de audífonos se demora 90 días, paciente en el momento sin tratamiento médico fue valorado el día 18/08/10 en el instituto de ciegos y sordos de Cali con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral por ototoxicidad se formula audífonos*”. Se remite a interconsulta por otorrinolaringología. Consulta similar de control se anota el 10 de noviembre de 2010.

El 28 de septiembre de 2011 se consulta por un trastorno de ansiedad relacionado con “*hipoacusia hace 1 año secundario a aminoglucósidos amikacina*”. Aparece control del 24 de octubre de 2011, en el que no se encuentran diagnósticos nuevos. El 15 de noviembre de 2011 se consulta por problema auditivo, se continúa diagnóstico de hipoacusia y se remite a otorrinolaringología. Control similar se anota en 14 de noviembre de 2013. Las consultas del 2014 no se encuentran relacionadas con los diagnósticos de dolor en rodilla ni hipoacusia.

Del análisis individual de la historia clínica se puede extraer que:

i) Desde mayo de 2006 el señor Ricardo Guerrero presentaba disminución de la agudeza auditiva con diagnóstico de hipoacusia bilateral.

ii) Desde julio de 2007 el señor Ricardo había presentado problemas en su rodilla izquierda por inflamación de las bursas.

iii) Desde mayo de 2010 se presentaba el dolor en la rodilla que lo llevó a que en junio de 2010 fuera internado por urgencias y con atención médica en casa, siendo tratado inicialmente con analgésicos y luego de valoración por ortopedista se pasó a manejo de antibióticos, inicialmente oxacilina+amikacina, y luego vancomicina suspendida después de detectada la hipoacusia.

iv) Que, en el curso de ese tratamiento, desde el 9 de junio de 2010 se le diagnosticó hipoacusia bilateral severa por posible uso de amikacina.

v) Que hubo consultas para psicología por cuadro depresivo asociado a la hipoacusia.

vi) Y que, como tratamiento ante la hipoacusia presentada, le fue ordenado el uso de audífonos externos.

Análisis conjunto del material probatorio

Ahora, el análisis conjunto de la prueba pericial y la historia clínica permite inferir que no está demostrada la culpa en el obrar del personal médico que atendió al señor Ricardo Guerrero pues nada indica que la formulación de los medicamentos suministrados obedecieran a una conducta que no debía realizarse en las condiciones en que se encontraba el paciente, todo lo contrario, de conformidad no solo con las pruebas periciales, sino también con la Guías Para Manejo de Urgencias Tomo III del año 2009 adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, tal conclusión no puede ser otra.

Explicamos.

Delanteramente debe tenerse presente el reproche que los demandantes hacen respecto a la atención médica brindada al señor Guerrero Pasuy, la que consiste en términos de la demanda en que:

“... no acataron las medidas de cuidado necesario a la hora de formular medicamentos, y más al ver que el dolor persistía y por el contrario se estaban manifestando nuevos síntomas en este caso, pérdida de capacidad auditiva.

La falla en el servicio de atención médica se presenta, cuando se presta deficientemente, cuando se presta inoportunamente y como consecuencia se da un daño a la salud o en la vida del paciente, centrándose en la no eficiencia o en la inoportunidad del servicio como generador del daño.”

Ahora bien, tal imputación tiene como cimiento los antibióticos que fueron suministrados al paciente, los cuales, se recuerda, fueron oxacilina y amikacina (tratamiento brindado por 6 y 7 días respectivamente) y finalmente vancomicina.

Pues bien, los conceptos médicos allegados al presente asunto, no llegan a conclusión diferente sino a que: i) los diagnósticos presentados por el paciente y el tratamiento farmacéutico brindado, fueron oportunos y adecuados con la *lex artis* y **ajustado a la situación del paciente que requería como prioridad resolver su patología ortopédica**; ii) que la hipoacusia secundaria a ototoxicidad depende de aspectos genéticos propios del paciente que no pueden ser reconocidos en forma previa al tratamiento; iii) que en atención a que hay registro médico del año 2008 de hipoacusia severa bilateral, no es posible afirmar que el origen de la hipoacusia tuvo origen en uso de antibiótico; iv) que la hipoacusia diagnosticada para 2008, tiene posible origen ocupación por exposición a ruidos sin protección.

Como respaldo a las conclusiones formuladas por los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que la historia clínica, como ellos lo indicaron, da cuenta de que la bursitis padecida por el señor Ricardo Guerrero tuvo origen en *Staphylococcus aureus*, cumple hacer las siguientes precisiones.

Como directriz perfectamente admisible y con suficiente criterio, asoman las Guías Para Manejo de Urgencias Tomo III del año 2009 adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia¹¹, en la cual, entre los medicamentos parenterales más usados en urgencias, está el sulfato de amikacina indicado como *“tratamiento a corto plazo de infecciones susceptibles, por bacterias Gram (-) y Gram (+)”*, y vancomicina para tratar *“infecciones sistémicas causadas por gérmenes sensibles, Gram (+) incluyendo el*

11

En <https://ids.gov.co/web/2016/crue/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

estafilococo dorado y epidermidis meticilino y cefalosporino resistentes. Gérmenes resistentes a los betalactámicos”.

Por su parte, la ficha técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios¹² señala que la amikacina es indicado para infecciones de huesos y articulaciones, y que por el riesgo de potencial ototoxicidad “*los pacientes deben ser cuidadosamente monitorizados*”; siendo mayor ese riesgo “*en pacientes con insuficiencia renal, y en aquellos que reciben altas dosis, o los que están sometidos a una terapia prolongada*” además de que “*No se ha establecido la seguridad en tratamientos prolongados más allá de 14 días*”.

Con más profundidad puede encontrarse una Guía de diagnóstico y tratamiento de bursitis de publicación del Instituto Mexicano del Seguro Social del 2010¹³ que señala una relación de evidencia-recomendación de acuerdo con estudios que se cita a lo largo del documento, en el cual, se comparte el concepto de que la bursitis es la inflamación de los sacos contentivos de líquido sinovial de las articulaciones y que puede ser causada por bacterias. En cuanto al tratamiento indica tres niveles: conservador, antimicrobiano y quirúrgico. El primero consistiría en “*protección, reposo, hielo, compresión, elevación, medicamentos y terapia física, lo que puede ser combinado con analgésicos, y medicamentos como diclofenaco, metamizol, metilprednisolona*”. En el segundo, además de recomendaciones sobre el diagnóstico de la bursitis infecciosa, señala que “*el principal agente causal en las bursitis infecciosas es el Staphylococcus aureus*” contra el cual “*se ha utilizado como antibiótico de primera línea, dicloxacilina y de segunda elección, trimetoprim con sulfametoxazol*”. Y finalmente para casos de fracaso del tratamiento conservador o casos de bursitis crónica se recomienda manejo quirúrgico “*siendo el procedimiento quirúrgico de elección la resección artroscópica para resecar las adherencias fibrosas o para efectuar la bursectomía*”.

Como puede verse, los documentos citados respaldan las conclusiones de los conceptos médicos de cara, también, a la historia clínica, pues viene a ser evidente que en ciertos casos debe utilizarse tratamiento antibiótico para el manejo de la bursitis; además, de que el manejo debe ser progresivo pasando de un tratamiento más “conservador” a un tratamiento antimicrobiano -si hay infección- y finalmente, de ser necesario, quirúrgico.

Si bien en algunas de las guías en comento, la elección de los antibióticos a utilizar es distinta, es lo cierto que ello no indica, en el caso en concreto, una mala práctica, toda vez que diversas razones médicas pueden justificar el uso de uno u otro antibiótico. Respecto de esto último, por ejemplo, puede encontrarse que el medicamento vancomicina es indicado

¹² En https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/57012/FichaTecnica_57012.html

¹³ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento en la Bursitis de la Extremidad Superior, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. En: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx> (<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/390GER.pdf>)

para el tratamiento de ***“casi todas las cepas de Staphylococcus aureus y de estafilococos coagulasa negativos que son resistentes a las penicilinas y las cefalosporinas”***¹⁴. Por tanto, es razonable y científicamente admisible la prescripción de aquellos antibióticos, los cuales fueron dispensados teniendo en cuenta que el motivo de consulta y la atención se centraba en la infección de la rodilla del paciente.

Una lectura desprevenida de estas fuentes podría hacer pensar que no debía utilizarse consecutivamente el antibiótico amikacina y vancomicina pues tal uso incrementaba el riesgo de ototoxicidad. Sin embargo, tal conclusión despreciaría las circunstancias clínicas que, in situ, debieron enfrentar los galenos tratantes. Lo cierto es que no es posible determinar si en lugar de ese tratamiento antibiótico debió utilizarse otro, quizás menos riesgoso en términos de ototoxicidad, pero también quizás menos efectivo contra la bursitis infecciosa de rodilla que era el diagnóstico principal al que se avocaron resolver los médicos.

Ahora bien, la ototoxicidad sería *“el efecto nocivo que determinadas sustancias ejercen sobre el oído”*¹⁵ pudiendo producirse pérdida temporal o definitiva, total o parcial, de la audición. Y sería una característica de ciertos antibióticos denominados aminoglucósidos dentro de los que se encuentre la amikacina y la vancomicina.

Si ello es así, en el tratamiento de la bursitis padecida por el demandante, al igual que el resto de fármacos, el uso de los suministrados al paciente no está exento de potenciales efectos adversos como la neurotoxicidad, además del riesgo inherente del medicamento, encontrándonos entonces, en el caso particular, frente a la materialización de uno de los riesgos del uso de esos medicamentos; riesgos que, no debe olvidarse, son inevitables en casi cualquier tratamiento médico.

No obstante, el vínculo así expuesto entre el suministro de unos medicamentos con la pérdida funcional no es suficiente para calificar la conducta como desapegada a la *lex artis ad hoc*.

Y es que debe tenerse presente que, si bien se generó un daño, no todo daño es indemnizable y en el campo médico, el profesional de la salud *“... 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*

¹⁴ En <https://www.msmanuals.com/es/profesional/enfermedades-infecciosas/bacterias-y-f%C3%A1rmacos-antibacterianos/vancomicina?query=ototoxicidad>

¹⁵

En http://implantecoclear.org/index.php?option=com_content&view=article&id=188:medicamentos-ototoxicos&catid=114:ototoxicos&Itemid=188, y donde puede observarse un listado de variados medicamentos con potencial ototóxico.

*efectuar un tratamiento o procedimiento médico*¹⁶.

Y como bien lo reseña la Corte Suprema de Justicia:

“...en la actualidad, existe una doctrina consolidada que, sin desconocer las nociones de daño, actuar culposo y nexo causal, fijan los derroteros para establecer el deber resarcitorio ocasionado por una falla médica, en el cual tiene especial relevancia la distinción entre deberes de medios y resultado, como lo ha reconocido la Sala:

Causada una lesión o menoscabo en la salud, con ese propósito, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjetiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado). (SC003, 12 en. 2018, rad. n.º 2012-00445-01).”¹⁷

Así, siendo la obligación médica, de medios y no de resultados, *“el estándar aplicable para que el deudor comprometa su responsabilidad es el de la culpa probada, de allí que **el deudor pueda exonerarse del débito indemnizatorio con la demostración de que actuó con la diligencia que le era exigible -ausencia de culpa-, así como por la existencia de una causa extraña -fuerza mayor, caso fortuito, hecho de un tercero o culpa exclusiva de la víctima-** o de un motivo de justificación de su conducta -legítima defensa, estado de necesidad, cumplimiento de una orden de autoridad competente, entre otros-.”¹⁸* (Resaltamos)

De manera que, debe tenerse presente que la enfermedad por la cual el señor Guerrero Pasuy consultó al servicio de urgencias fue por signos y síntomas que, a la postre, arrojaron como diagnóstico una bursitis de rodilla, esto es, una enfermedad que, para lo que interesa al caso, tuvo origen en una bacteria llamada *Staphylococcus aureus*¹⁹; la que, como ya se anotó, debía ser tratada con antibióticos, entre ellos, los que, en efecto, le fueron aplicados. Tratamiento que como bien se observa de la historia clínica, finalmente obtuvo la mejoría del paciente y con ello, el egreso de la hospitalización para el 17 de junio de 2010²⁰.

Aunado a lo anterior, debe tenerse presente que el señor Guerrero Pasuy, sin que en la demanda se manifestara, desde tiempo atrás al año 2010, ya presentaba afectación auditiva; hipoacusia bilateral que se calificó como

¹⁶ Decreto 3380 de 1981, artículo 13.

¹⁷ CSJ, SC4786-2020 del 1 de octubre de 2020.

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ Expediente digital, carpeta 01ExpedienteFísico, 02CuadernoPruebasDemandante, 02CDFolio15HC, HCRICARDOPASUYSCAN. Pág. 36.

²⁰ Ibidem, pág. 5 y ss.

de origen laboral²¹.

En tales condiciones, bien pudo deberse la hipoacusia exacerbada para junio de 2010 a una progresión de dicha enfermedad, la que llevaba padeciendo el demandante desde hacía aproximadamente 4 años; sin que sea posible asegurar tal opción, pues ello no fue ratificado como predisposición ni aspecto imprescindible a tener en cuenta al momento de dar un tratamiento antibiótico como el puesto bajo examen.

En este contexto, echa de menos la Judicatura la conducta de la demandante en orden a satisfacer la carga de probar los hechos en los que apalanca sus pretensiones.

Memoremos que, en palabras de la Corte Suprema de Justicia:

*“... ante el requerimiento de definir la responsabilidad de un profesional de la medicina o del establecimiento hospitalario, la carga probatoria tendiente a acreditar los elementos de la misma queda subsumida, en línea de principio, en las reglas generales previstas en los artículos 1604 del C.C. y 177 del C. de P.C., en otros términos, **debe ser asumida por parte del actor...**”²²*

Debe subrayarse, en todo caso, que la ausencia de suficiente material probatorio no obedeció a desatención de este despacho pues en la práctica del dictamen pericial decretado por petición conjunta se insistió, en exceso, para que fuera completado y complementado; recuérdese, además, que la parte interesada no garantizó la comparecencia de los testigos técnicos - personal médico que atendió al señor Guerrero Pasuy-, quien habría podido, tal vez, brindar un mejor panorama para el *sub lite*.

En estas circunstancias lo único que puede determinarse es que, aunque pueda haber dudas sobre el proceder del cuerpo médico que atendió al señor Ricardo Guerrero desde el 02 de junio de 2010, no hay suficiente material probatorio para demostrar que la conducta galénica desplegada haya sido alejada de la *lex artis ad hoc*, como quiera que no obra en los autos evidencia alguna de cuál debía ser esa conducta que la demandante echa de menos.

Colofón, el raciocinio lógico que se desprende del material probatorio, de cara a lo reclamado por los demandantes, no permite a la Judicatura sino concluir en que las demandadas, y con ellas su personal médico, no adoptaron una conducta descabellada que ocasionara el daño como resultado desproporcionado de la atención otorgada, sino que lo hicieron dentro de la razonabilidad y parámetros científicos para el cuidado de la patología que requería la mayor agilidad posible, esto es, la bursitis de rodilla,

²¹ Ibidem. Atención del 16 de diciembre de 2008.

²² CSJ, SC12947-2016 del 15 de septiembre de 2016.

por lo que la obligación de medio en orden a conjurar las dolencias del paciente, se satisfizo.

Para la Judicatura, entonces, atendiendo a los antecedentes clínicos del paciente, su la historia clínica en su integridad y a los conceptos periciales, no puede endilgarse culpa de los galenos, y con ello de las demandadas, por la hipoacusia bilateral sufrida por el señor Ricardo Guerrero Pasuy, pues, se itera, no se trató de un resultado absolutamente previsible ni desproporcionado, en la medida en que, la ototoxicidad si bien es un riesgo del uso de los antibióticos brindados al paciente, no asoma comprobada como consecuencia directa del tratamiento aplicado, en tanto el demandante se encontraba ya, con antelación aquejado de dicha dolencia; amén de constituirse tal resultado en un efecto adverso del uso del medicamento.

El evento adverso, según los lineamientos del Ministerio de la Protección Social²³, *“es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles: el prevenible se define como el resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado y el no prevenible se define como el resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial”*.

Así las cosas, no sobra acotar que en el expediente no existe evidencia probatoria de ninguna especie, en orden a corroborar que el tratamiento a aplicar al paciente debía ser uno distinto, que se descuidaron los estándares del cuidado asistencial con los que contaban los galenos tratantes para 2010, o en fin, que no actuaron como cualquier otro médico en las mismas condiciones y con la misma preparación lo hubiera hecho.

Para finalizar, en cuanto al argumento que expone el abogado de la activa de la litis en los alegatos de conclusión, de que no hubo consentimiento informado respecto a los riesgos previstos frente a posibles eventos adversos relacionados con los medicamentos transcritos, yace en la historia clínica tal consentimiento que data del 2 de junio de 2010²⁴, en el cual, queda sentado de que tanto paciente como acudiente fueron informados y aceptaron *“el propósito del tratamiento, de las sustancias y medicamentos involucrados, beneficios, complicaciones, efectos secundarios, riesgos y consecuencias que puedan ocurrir de la instauración de dicho tratamiento...”*

Los argumentos hasta aquí expuestos sirven de fundamento para denegar las pretensiones enfiladas por faltar el elemento de la culpa de la

²³ Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. Bogotá junio de 2008

²⁴ Historia Clínica. Ibidem, pág. 44

institución demandada, y nos releva, asimismo de analizar las excepciones de las demandadas.

6. Costas.

No habrá lugar a condena en costas por cuanto en auto del 04 de abril de 2019 (fl. 287 Cuaderno Principal. PDF04, p. 85) se concedió amparo de pobreza a los demandantes.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Civil del Circuito de Pasto, Administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

Primero. Absolver a las demandadas de las pretensiones enfiladas en su contra por el señor Nelson Arcecio Guerrero Chamorro, con fundamento en su falta de legitimación en la causa, por activa.

Segundo. DECLARAR como en efecto se declara, que no prosperan las pretensiones de la demanda enfilada contra Saludcoop EPS y Saludcoop Clínica Los Andes S.A.

Tercero. Sin lugar a condena en costas por haberse otorgado amparo de pobreza.

Cuarto. Contra este fallo procede el recurso de apelación ante el H. Tribunal Superior de Pasto, Sala Civil, Familia, el que podrá interponerse por escrito dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación por estado, precisando de manera breve los reparos concretos que se enrostra a la decisión. (Artículo 322 C.G.P.).

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.
ANA CRISTINA CIFUENTES CÓRDOBA
Jueza

Se notifica en estados de 13 de septiembre de 2021.

Firmado Por:

***Ana Cristina Cifuentes Cordoba
Juez Circuito
Civil 001
Juzgado De Circuito***

Proceso Ordinario 2013-160

Sentencia No. 30

Demandantes: Ricardo Guerrero Pasuy, Andrea Arcos y otros.

Demandado: Saludcoop Clínica los Andes S.A y Saludcoop EPS.

Nariño - Pasto

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

6ce6533889b192e2178ab3379f2b47c4f4cd447ecabc829695e92bfd9645686f

Documento generado en 09/09/2021 06:31:36 PM

***Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>***