



Honorable Magistrado
JOSÉ HOOVER CARDONA MONTOYA
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA
E.S.D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL -
SUSTENTACIÓN RECURSO DE APELACIÓN
DEMANDANTE: GUSTAVO SALDARRIAGA Y OTROS.
DEMANDADOS: NUEVA EPS Y OTROS
RADICADO: 17001-31-03-004-2021-00042-02

LINA SOLEY ROCHA TEJADA, identificada como aparece al pie de mi firma, actuando en calidad de apoderada de los demandantes; con el debido respeto y dentro de la oportunidad procesal, de acuerdo a auto del 12 de julio de 2023, con fecha de finalización de término 13 de julio de 2023, me permito sustentar el recurso de APELACIÓN presentado en contra de la sentencia oral dictada el día 21 de junio de 2023 por parte del Juzgado cuarto civil del circuito, el cual fue debidamente interpuesto en audiencia y adicionado mediante escrito que fue radicado en el despacho dentro de los tres días siguientes a la notificación del mismo.

PROVIDENCIA APELADA

En la providencia proferida el día 21 de junio de 2023, se NEGARON en su totalidad las pretensiones de la demanda por no encontrar el despacho probados los elementos de la responsabilidad civil y se condenó en costas a los demandados por valor de \$ 22.805.726

SUSTENTACIÓN DEL RECURSO

A continuación me permito presentar sustentación al recurso en los siguientes términos, en torno a cada uno de los reparos realizados a la sentencia :

1. INDEBIDA APRECIACIÓN PROBATORIA DOCUMENTAL:

Es menester hacer hincapié en la manera -al menos irregular- en que el despacho de primera instancia considera ajustada a la *lex artis* la conducta del médico **Jhon Fredy Padilla Melo** en la consulta que brindo del 22 de septiembre de 2014; al considerar que actuó de manera común y corriente como cualquier medico lo habría hecho y, por tanto que no era mandatorio para el galeno ordenar exámenes de ayudas diagnósticas complementarias u ordenar interconsulta por cirugía general, frente al cuadro de dolor abdominal grado 8 (folio 42 de la historia clínica) con alteración de leucocitos y PCR que presentó el paciente. Desconoció además que, el motivo de consulta del paciente fue el dolor abdominal y no un cuadro de sangrado, tal es así que para la consulta de ese día no se evidencio presencia de sangrado al tacto rectal, dejó de lado que el paciente ya había tenido otras colonoscopia reportadas como normales, lo que hacía que la atención del médico se enfocara en descartar las causas de dolor abdominal agudo de 5 días de evolución que se había exacerbado ese día y, no un cuadro de vieja data de sangrado, pues se insiste, el motivo de consulta no fue un sangrado, sino dolor abdominal, así quedó consignado en la HC aportada al proceso. Desconoce que las guías de manejo del ministerio y las institucionales que debe adoptar cualquier entidad prestadora de servicios de salud, se enfocan en garantizar la atención segura del paciente para evitar decisiones individualizadas que ponga en riesgo al paciente. Pese a que las guías

ordenan que, ante cuadro de dolor abdominal agudo, debe ordenarse estudios de imagenología y consulta por cirugía, el despacho desconoce este presupuesto.

Resulta necesario esclarecer que la actividad o la praxis médica, indudablemente debe ir siempre orientada a salvaguardar la salud y la integridad psicofísica de aquellos que buscan la medicina como ayuda a sus presuntos problemas de salud que requiere ser curados por los expertos en el tema; las actuaciones y actividades que conforman la praxis médica, presuponen la existencia de determinadas cualidades, conocimientos expeditos y prácticas previamente desarrolladas que se encuentran en pro de otorgar beneficios a la población; es por ello, que se ha establecido **una prohibición de no someter al paciente a riesgos injustificados, riesgos o procedimientos que de conformidad con la ciencia médica y la Lex Artis pueden ser evitados** (Ley 23 , 1981). (Corte Suprema de Justicia n.º 05001-31-03-012- 2006-00234-01 , 2017)

De otra parte, si bien reconoce que hubo un reporte de una tomografía (tomada en la re-consulta del 26 de septiembre de 2014) que reportó la presencia de un absceso pero que no se podía descartar la posibilidad de una masa, encuentra justificado que los médicos tratantes sometieron al paciente a 3 días de espera en tanto definían la realización de una colonoscopia que era totalmente improcedente realizar y posterior a eso 2 días más en tanto había disponibilidad de quirófano, todo lo cual no hizo otra cosa que, contribuir en la evolución del cuadro del paciente y restar posibilidades de éxito en su recuperación.

Encontró acertado además que, el especialista Giovanni Vergara en lugar de cancelar el procedimiento de colonoscopia, ordenará además una

ecografía, que no fue usada para definir la conducta del paciente, pues de la historia clínica es posible probar que el único examen imagenológico se usó de base para definir la conducta final fue la tomografía tomada el 26 de septiembre de 2014, de manera que no hubo una justificación para que se sometiera al paciente a dicha espera. El perito Diego Orlando Sierra especialista en cirugía general y del aparato digestivo de la Universidad Complutense de Madrid, en su dictamen explicó que el riesgo de practicar una colonoscopia cuando se tenía una TAC que reportaba niveles aéreos en el interior, aumentaba la probabilidad de riesgo de perforación, dado que para este tipo de procedimiento debe insuflar aire que habrían causado perforación al paciente, de allí que independiente de que existiera dos diagnósticos diferenciales (masa versus plastrón) la conducta en este caso, era quirúrgica.

Refiere que el paciente estuvo estable, pero dejan de lado que los paraclínicos reportaron siempre leucos, neutrófilos, PCR en ascenso, así lo deja ver la historia clínica del paciente, y las notas de la historia clínica que indicaron que el paciente presentó aumento de reactantes de fase aguda.

Indicó que el Dr. Becerra en su testimonio expuso que al paciente se ingresó al quirófano al procedimiento de laparotomía para aclarar el diagnóstico, desconoce que una vez abierto encuentran en el paciente una gran catástrofe abdominal. Lo que confirma las imprecisiones diagnósticas, la falta de pericia en el manejo del paciente.

Argumentó además que al paciente se sometió a los tratamientos médicos que necesitaba y que la prueba recaudada demuestra que la atención

médica se desarrolló en términos normales, descartando que se hayan configurado los elementos de la responsabilidad a excepción del daño.

Frente a este aspecto es preciso que adicionar los siguientes reparos:

2. SOBRE LA DECISIÓN DEL DESPACHO DE NO ENCONTRAR PROBADOS LOS ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD:

De acuerdo con la sentencia STL3199-2020, indicó la Corte Suprema que *“El respeto al precedente judicial de los máximos tribunales de cierre guarda una estrecha relación con el derecho a la igualdad, en tanto es garantía constitucional que le permite a los ciudadanos obtener decisiones judiciales idénticas frente a casos semejantes. Paralelamente, el respeto de los jueces a los precedentes sentados por las Altas Cortes tiene un carácter ordenador y unificador, en tanto asegura una mayor coherencia del sistema jurídico, seguridad, confianza y certeza del derecho.”*

Es así como, para la resolución del presente caso, es relevante revisar de manera concreta y especificado que ha dicho la honorable Corte Suprema en casos de responsabilidad médica que guarden similitud fáctica al presente, encontrando entre varias de sus decisiones la **sentencia SC13925 de 2016 Magistrado Ponente DR. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01**, decisión que abordó la responsabilidad médica extracontractual y la responsabilidad organizacional, en el caso de una paciente que acudió a consultar al servicio de urgencia por un cuadro de dolor abdominal de 4 días de evolución, con alteración del cuadro hemático con presencia de leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada, sin signos de irritación peritoneal, pero el médico de turno, como en el presente caso, omitió ordenar estudios complementarios como ecografía y TAC, decidiendo dar de alta a la paciente, la cual lamentablemente se complicó y falleció. En este

proceso quedó probado que “el hemoleucograma, cuando hay una apendicitis específicamente, presenta alteraciones en **los leucocitos y los neutrófilos, cuando éstos están elevados indican un proceso infeccioso**, que el más común es la apendicitis, sin descartar que otras patologías también pueden dar estas alteraciones y la PCR es una reactante de infección, se aumenta cuando hay un cuadro infeccioso y nos puede acercar más a un diagnóstico”

Así las cosas, el presente asunto, no solo guarda similitud fáctica con el caso de la corte, sino, además, el demandante allegó prueba que permitió constar los **elementos de la responsabilidad**, así:

1. A diferencia de lo dicho por el despacho **los elementos de la responsabilidad civil médica** si están probados:

El daño) consistente en la complicación de la apendicitis que derivó en otras complicaciones como la apéndice perforada, gangrenada, plastrón apendicular, posteriormente sepsis abdominal, peritonitis y colostomía que a la fecha tiene y sigue afectado la calidad de vida y salud del paciente. Por lo cual el daño en el presente caso se materializó en la integridad física, salud y vida digna del paciente. En palabras de la Corte Suprema de Justicia en sentencia referida (SC13925 de 2016), el **daño** “debe tratarse de una **lesión a un bien jurídico** que goza de protección constitucional o legal... Para el derecho civil, un **derecho fundamental** es un bien jurídico que goza de protección por el ordenamiento positivo, por lo que posee contenido sustancial y su quebranto apareja la consecuente indemnización de perjuicios en razón del postulado general de no causar daño a la persona o los bienes ajenos...La inclusión de los bienes superiores como objeto de merecimiento indemnizatorio es una consecuencia de la constitucionalización del ordenamiento jurídico...En suma, por cuanto **los bienes jurídicos protegidos por la Constitución y la ley son objeto de protección por el derecho civil, su vulneración apareja el consecuente resarcimiento** en virtud del principio de reparación integral de los perjuicios”

La atribución del daño o el nexo de causalidad) entendido como razonamiento por medio del cual se atribuye el resultado dañoso a un agente, es decir, que los daños causados a los demandantes se derivan de las acciones y omisiones de los demandados, y al ser el autor del daño es posible su imputación, **pero no solo como el causante natural de un hecho, sino por el deber constitucional y legal de garantizar una atención médica en términos de oportunidad, calidad, seguridad.** En este caso quedó probado que los garantes de la prestación del servicio de salud, fueron las entidades jurídicas y médicos llamados a juicio, que teniendo el deber jurídico que garantizar una atención en salud segura, oportuna y de calidad, no lo hicieron.

En la referida sentencia sobre la **imputación del daño a las EPS e IPS** se dijo:

“Luego de quedar probado en un proceso que el daño sufrido por el paciente se originó en los servicios prestados por la EPS a la que se encuentra afiliado, es posible atribuir tal perjuicio a la empresa promotora de salud como obra suya, debiendo responder patrimonialmente si confluyen en su cuenta los demás elementos de la responsabilidad civil.” ... “La función que la ley asigna a las IPS las convierte en guardianas de la atención que prestan a sus clientes, por lo que habrán de responder de manera solidaria si se demuestran en el proceso los demás elementos de la responsabilidad a su cargo”

En referida sentencia de la Corte, se dice sobre este elemento que: *“Las pautas de **atribución de un hecho a un agente, en suma, se infieren a partir de los deberes de acción que impone el ordenamiento jurídico,** como por ejemplo...las obligaciones de seguridad de los establecimientos comerciales y hospitalarios; **la obligación de prestación de una atención en salud de calidad que la Ley 100 de 1993 impuso a las organizaciones proveedoras de servicios médicos.**”*

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

Por supuesto que la causalidad natural desempeñará un papel importante en los eventos en los que se debate una responsabilidad directa por acción, en cuyo caso la atribución del hecho al convocado a juicio se podría refutar si se demuestra que su conducta no produjo el daño (no teniendo el deber jurídico de evitarlo), sino que éste se debió a una causa extraña a su obrar, como por ejemplo un caso fortuito, el acto de un tercero o el acto de la propia víctima". (sentencia SC13925 de 2016)

Y finalmente frente al **juicio de reproche**), que se endilga en la demanda consistió las omisiones, retardos y negligencias del personal médico, representado en la deficiente atención médica brindada, EN PRIMER LUGAR, en la primera consulta (22/09/2014) de donde pudo haber sido posible diagnosticar oportunamente el cuadro clínico, no obstante el médico tratante pese a estar frente a un cuadro de dolor abdominal agudo, ya que el motivo de consulta fue ese y no otro (nunca un sangrado), omitió en contravía de lo establecido por la *lex artis*, ordenar una imagen diagnóstica para esclarecer el diagnóstico y ordenar interconsulta con la especialidad de cirugía, pese a tener resultados de laboratorio con leucocitos, neutrófilos y PCR alterados; sumado al hecho de que ordena alta con analgésicos que contribuyeron a enmascarar el dolor ambulatoriamente

y, EN SEGUNDO LUGAR, en la re-consulta posterior del paciente (26/09/2014), por la demora en establecer un diagnóstico y un tratamiento acorde a la patología presentada, pues este tuvo que someterse a la

espera de 5 días en tanto se definió la realización de una colonoscopia que no era pertinente y la espera de disponibilidad de quirófano.

Dentro del proceso no solo quedó demostrada la negligencia en la atención médica, sino también la administrativa, pues la EPS y su llamado en garantía Hospital de Caldas, quien tenía el deber jurídico de garantizar la disponibilidad de quirófano, no lo hizo, sometiendo al paciente a 2 días más de demora por tal factor, lo cual permite atribuir responsabilidad a la organización llamada en garantía.

Sobre este tercer elemento, esto es, el **juicio de reproche culpabilístico** se dijo en la referida sentencia **SC13925 de 2016** que: *"En lo que respecta al componente subjetivo de la responsabilidad (exigible en los casos de responsabilidad por culpabilidad), 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)... **La culpa** de la responsabilidad extracontractual no es un objeto de la naturaleza ni una vivencia subjetiva que pueda ser percibida o sentida, sino que surge de una situación concreta que **es valorada a partir de sus posibilidades de realización** (como capacidad, potencia o previsibilidad): 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**. El fundamento de la culpabilidad civil no reside ni puede residir en la doctrina del libre albedrío que presupone suprema autonomía o plena conciencia para determinarse según la regla moral que el hombre se dicta a sí mismo. En la responsabilidad civil, ser libre significa tener capacidad de adoptar pautas de acción, es decir, contar con la potencialidad para emplear reglas objetivas de comportamiento que obligan a quien las incumple o desconoce...*

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

...Una vez alcanzado este umbral de culpa media, es posible atribuir el juicio de reproche civil, pues la culpabilidad extracontractual **no admite graduación** en la medida que para imponer la obligación de indemnizar no interesa la magnitud de dicho reproche subjetivo, ni siquiera en los eventos en que la imprudencia de la víctima concurre con la del agente en el desencadenamiento del daño.

...La libertad en materia extracontractual significa que el **artífice ha de contar con alternativas de decisión o poder de control de la situación...**

La culpa civil es **falta de prudencia**...Por medio de la prudencia, entendida como cálculo razonable o discernimiento, se obtienen los mejores resultados en un contexto específico de acción....

...La culpa civil, en suma, se concreta en un error de cálculo frente a lo que es **objetivamente previsible...**

...La culpa civil sólo logra configurarse cuando se verifican las posibilidades reales que el agente tuvo al ejecutar su conducta. **Luego, no hay culpa extracontractual cuando el daño ha acontecido en circunstancias tales que el agente no tuvo ...la opción de evitar el daño.**

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

sismorresistencia, para evitar que las construcciones causen daños a terceros, etc.”

Así, los elementos de la responsabilidad quedaron demostrados con: la historia clínica, las declaraciones de parte y la experticia médica allegada por el demandante, a partir de los cuales es posible **inferir que las demoras injustificadas, las omisiones y retardos** en la prestación del servicio de salud, **incidieron en el empeoramiento de la integridad personal del paciente**, que al paciente no se le brindó una atención en el marco de una atención segura, de calidad, oportunidad y con el agotamiento de todos los recursos médicos y científicos disponibles a fin de impedir el desenlace fatal.

En el presente caso el juicio de imputación jurídica no se reduce a la “causalidad natural”, ni esta es condición necesaria ni suficiente de aquel; toda vez que la atribución jurídica de un daño lesivo a un agente se determina por la existencia de deberes jurídicos de evitación de daños, que se le imponen a una persona por reunir ciertas cualidades o desempeñar una función social, lo cual no tiene que ver con la prueba de “relaciones causales” (sentencia SC-562-2020).

En la referida sentencia, se indicó que así sea difícil determinar que los resultados nefastos hubieran sido los mismos de haberse brindado un servicio de salud oportuno y de calidad, dado que hay diferentes factores que podrían alterar la favorabilidad o no de la evolución de un cuadro clínico. **Es, en suma, la medicina evidencial, la que permite concluir que las demoras injustificadas en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis disminuyeron las expectativas de recuperación del paciente.**

Así las cosas al estar probado los hechos que sustentan las pretensiones, debe el fallador elaborar la inferencia indiciaria a partir de las reglas de la

sana crítica que permitan reconocer **la probabilidad de mejoramiento del paciente que recibe un servicio de salud de calidad y la probabilidad de empeoramiento si recibe una deficiente atención médica**; para de este modo, correlacionar los daños con la conducta culposa de los demandados, y con base en ello acceder a las pretensiones de la demanda. Razonamiento que de acuerdo con sentencia de casación de la corte suprema de justicia del 27 de febrero de 2020 SC562-2020- está a cargo del juzgador; sentencia en la cual además se dijo que ***“El deber ético, profesional y jurídico de los médicos consiste en poner todos los conocimientos, instrumentos, procedimientos y tratamientos que están a su alcance para lograr el mejoramiento de la salud de su paciente. Según lo que normalmente ocurre, una atención en salud adecuada, eficiente, integral, de calidad y basada en la evidencia científica mejora las condiciones vitales del paciente. Raramente una prestación de salud de calidad no incrementa las posibilidades de recuperación del usuario, pero esa circunstancia excepcional debe ser explicada por los expertos y su carga demostrativa corresponde a la parte interesada en desvirtuar la presunción probatoria”***.

La sentencia del despacho incurre en una violación indirecta de los artículos 1613, 1614, 1615, 1626, 2341, 2343, 2356 y 2357 del Código Civil, a causa de los errores de hecho manifiestos y trascendentes en que incurrió el juzgado por la indebida apreciación de la prueba documental (historia clínica), los dictámenes periciales y la prueba testimonial, como pasara a ampliarse en la sustentación.

Se advierte así el error en que incurrió el despacho por ausencia de valoración probatoria, pues los hechos y omisiones que dieron origen a la responsabilidad que se demanda ocurrieron en un segmento temporal que comenzó el 22 de septiembre de 2014, cuando el paciente acudió al

Hospital de Caldas por primera vez, y finalizó el 26/10/2014, cuando el usuario sale con una colostomía que a la fecha no ha sido posible cerrar debido a la gran catástrofe abdominal que sufrió y que pudo haber sido evitado por los demandados.

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Indica la falladora de primera instancia que en el consentimiento informado suscrito por el paciente, aceptó infección, entre otras, incluso la muerte; se desconoce de esta manera que el consentimiento no es un acto jurídico que valide al médico para apartarse de los parámetros de la *lex artis*, que el consentimiento contempla complicaciones inherentes al procedimiento médico o la enfermedad, más no la **negligencia, errores u omisiones por parte de los actores del sistema general de seguridad social en salud encargados de garantizar una atención oportuna, segura y de calidad.**

Hay que tener presente que la incidencia del consentimiento informado se circunscribe a la asignación de los **riesgos inherentes o colaterales al acto médico prudente y estandarizado** según el conocimiento científico avanzado. Pero si no se trata de un **riesgo** propio de la intervención, sino de uno **creado con la conducta culpable del facultativo**, todas las alusiones a la ausencia de consentimiento informado se tornan innecesarias cuando la culpa médica es el factor jurídico relevante en la generación de los perjuicios.

La falladora respalda su decisión en las sentencia del Tribunal Superior de Manizales bajo radicado: 17-001-31-03-006-2021-00144-03 del dieciséis (16) de mayo de dos mil veintitrés (2023) y Radicado 17001-31-03-003-2019-00051-02 del siete (7) de diciembre de dos mil

veintidós (2022), Estas sentencias fueron emitidas por la magistrada ponente, la Dra. Sandra Jaidive Fajardo Romero, y trataron sobre casos de responsabilidad médica relacionados con el diagnóstico y tratamiento de cuadros de apendicitis complicados. En dichos casos, los pacientes experimentaron complicaciones inherentes a los procedimientos quirúrgicos a los que fueron sometidos para tratar su enfermedad.

Por lo cual se solicita tener presente que ninguno de los dos sentencias referidas aplica para el caso concreto, por las siguientes razones: en el primer caso Radicado N° 2021-00144-03, en el numeral II. ANTECEDENTES, se indica:

“MOTIVO DE CONSULTA. DOLOR ABDOMINAL ENFERMEDAD ACTUAL. PACIENTE QUIEN PRESENTA CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL DESDE EL MEDIODÍA DE HOY DE AUMENTO PAULATINO, INICIO EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO, TRANSCURRE EN MARCO CÓLICO PRESENTA DISTENSIÓN ABDOMINAL Y ESTREÑIMIENTO, NÁUSEAS, FUE LLEVADO A LA PRESENTACIÓN INDICAN POSIBLE APENDICITIS E INDICAN CONSULTA A NUESTRA INSTITUCIÓN” (SIC). 3. El mismo profesional sin especificar hora, dejó sentada un registro en el que acotó: “DX- DOLOR ABDOMINAL SUGESTIVO DE APENDICITIS” Y “VALORACIÓN POR CIRUGÍA”; y, ya en nota del 4 de marzo del médico Jhon Alberto Castrillón, se lee: “A LA VALORACIÓN ACTUAL, SE ENCUENTRA CON SIRS CLÍNICOS, SIGNOS CLAROS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. SE VALORA DE FORMA INMEDIATA CON CX GENERAL, QUIEN DECIDE PROGRAMAR PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA DE FORMA URGENTE”, lo que muestra empeoramiento del cuadro.”

Como se puede evidenciar, en el anterior caso resuelto por el Tribunal, se cumplió con la guía de dolor abdominal puesto que se solicitó valoración por cirugía general, y se definió conducta quirúrgica de inmediato, y las complicaciones que el paciente presentó, se derivaron del procedimiento quirúrgico realizado, muy diferente al caso concreto en el cual no se cumplió con la guía de dolor abdominal, no se definió conducta quirúrgica de inmediato y las complicaciones que se presentaron no fueron derivadas

del procedimiento quirúrgico, sino de la demora en el diagnóstico y definición de conducta quirúrgica.

Y en el segundo caso Radicado N° 17001-31-03-003-2019-00051-02 en el numeral II. ANTECEDENTES: el paciente tuvo 3 consultas, en la primera le efectuaron exámenes que reportaron normales, (cosa que no ocurrió en el presente donde desde la primer consulta hubo alteración del cuadro hemático), en la segunda ordena ecografía (situación objeto de reproche en el presente caso respecto de la consulta del 22/09/2014, por no haber sido ordenada) y en la tercera se indica *"Siguiendo, en la misma fecha, "una vez verificados los resultados funestos de los exámenes realizados", la paciente es valorada por el cirujano general quien emitió los siguientes diagnósticos clínicos: "abdomen agudo quirúrgico – apendicitis aguda perforada?? – peritonitis aguda secundaria?? Abdomen agudo hemorrágico?? Perforación de víscera hueca secundaria? Choque séptico"* y en su análisis describió: *"cuadro de abdomen agudo quirúrgico, de etiología no filiada, impresiona perforación de víscera hueca vs apendicitis aguda complicada vs colecistopatía complicada. Se solicitaron exámenes que están pendientes. Se programa laparotomía exploradora. Posiblemente requiere soporte POP en UCI"*.

En este caso el 10 de julio de 2015 se estableció un diagnóstico correcto y se definió conducta quirúrgica de inmediato, como se puede evidenciar en el párrafo enunciado, y las complicaciones que se presentaron se derivaron del procedimiento realizado, diferente al caso concreto en el cual nunca hubo un diagnóstico correcto, no se definió conducta quirúrgica oportuna y las complicaciones que se presentaron, no fueron secundarias al procedimiento quirúrgico, sino de la demora en el diagnóstico y definición de conducta quirúrgica.

Es por esto que para el análisis del presente caso se solicita respetuosamente se revise la sentencia de la Corte Suprema de Justicia sala de Casación Civil, SC13925 de 2016 Magistrado Ponente DR. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ Radicación n° 05001-31-03-003-2005-00174-01.

Frente a este motivo de reparo, es importante resaltar en primer lugar que, el consentimiento informado no fue un tema de discusión en la fijación del litigio, dado que el presente caso no giró en torno a si al paciente se le informaron de manera previa al procedimiento quirúrgico los riesgos inherentes al mismo, en segundo lugar, los daños alegados no son los que se derivan de la falta o no de información sobre las complicación de su cuadro clínico y/o el procedimiento médico, sino sobre las omisiones, negligencias e imprudencias cometidas por los demandados, en el diagnóstico, tratamiento, y manejo oportuno, en términos de calidad y seguridad de su patología, dado que el médico tratante, teniendo la disponibilidad de recursos para establecer el diagnóstico del origen del cuadro de dolor abdominal en la consulta del 22/09/2014 no dispuso de estos para mejor beneficio del paciente (imagen diagnóstica complementaria, según lo establecido en las guías de manejo del ministerio y en lo establecido por la lex artis), en su lugar optó por tomar una decisión individualizada que condujo a la complicación del cuadro clínico del paciente, posterior a ello, el paciente es sometido imprudentemente a la espera de tres (3) días para la realización de una colonoscopia que no era pertinente realizar y luego a dos (2) días más en tanto la IPS contaba con quirógrafo, todos estos días de acuerdo con el dictamen médico pericial allegado por el demandante contribuyeron al empeoramiento del cuadro y las complicación sufridas por el paciente. Así las cosas, más allá de discutir si al paciente se le informaron o no las complicaciones, o si este las asumió, lo cierto es que al paciente no se le brindó una atención en términos de seguridad y oportunidad y, esto no es una situación que pueda estar blindada por un consentimiento.

Finalmente, es importante tener presente que el tema de debate no se puede centrar en una complicación post quirúrgica que no existió, sino en una complicación de una apendicitis y/o plastrón apendicular no diagnosticado, ni tratado a tiempo, ya que tal y como se evidencio en la historia clínica del paciente, todas las complicaciones presentadas en este, tuvieron su origen directo en la falta de oportunidad en el diagnóstico y manejo de la patología que presentaba, por lo cual no aplica para este caso el argumento del despacho, el cual se basó en que con el consentimiento informado el paciente consintió la realización de la laparotomía exploratoria, y asumió todas las complicaciones derivadas de la misma, lo cual exonera a los demandados de la responsabilidad de todas las complicaciones que se presentaron en su proceso de atención, puesto que no solo se presentaron omisiones y retrasos reiterados en su diagnóstico y definición de conducta quirúrgica, que causaron las complicaciones que este presento, sino que este no se realizó el día en el cual fue ordenado; sino 2 días después; contrario a lo afirmado de manera reiterada en la sentencia de primera instancia, el procedimiento quirúrgico ordenado al paciente no fue realizado en la noche del día que fue ordenado por no tratarse de una urgencia vital , pero que en el marco de la oportunidad de la atención fue realizado a primera hora del día siguiente en la mañana. (Afirmación que no es cierta como se puede constatar en la historia clínica del paciente).

4. RESPECTO DE UN POSIBLE CUADRO “BIZARRO” O “ATÍPICO”

Ahora respecto a la presentación del signo cardinal, el dolor, contradictoriamente manifestó que el paciente presentó un cuadro atípico, es decir, que no corresponde a un cuadro típico de apendicitis, porque según su opinión, el dolor típico está localizado a nivel de fosa iliaca derecha; sin embargo, deja de lado que la guía de Dolor Abdominal

Agudo que se aportó con la demanda, e inclusive también por el perito de la contraparte. Dr. Carlos Eduardo Gallego, dice: **“El dolor de la apendicitis aguda se refiere inicialmente como molestias digestivas vagas, que el paciente relaciona con algún alimento ingerido previamente y apareció horas más tarde con intensidad progresiva”** (pág. 41) además que **“Dolor en mesogastrio: el dolor en la parte media del abdomen, hacia la región periumbilical, puede estar relacionado con las entidades que hemos mencionado anteriormente.”** Estableciendo como **primera CAUSA DE DOLOR EN MESOGASTRIO: la apendicitis aguda.**” (pág. 43). Pese a esta evidencia y que el “paciente consulta por dolor abdominal de predominio en mesogastrio y flancos que se intensificó el día de hoy” además con leucocitos, neutrófilos y PCR elevada; se estima que el cuadro de dolor abdominal agudo del paciente en nada apuntaba a un cuadro de apendicitis. Es decir, que la decisión del despacho va en contra de los probado con la experticia y la evidencia científica allegada con la demanda, y en contra de los deberes de atención en el marco de la seguridad, oportunidad y calidad a que tienen derecho los pacientes en Colombia.

5. SOBRE EL CUESTIONAMIENTO EFECTUADO AL DEMANDANTE DE NO HABER TRAMITADO COLONOSCOPIA ORDENADA EN LA PRIMERA CONSULTA DEL 22/09/2014

La historia clínica del paciente correspondiente a la primera consulta (22/09/2014), permite constatar que pese al cuadro de dolor abdominal con alteración del cuadro hemático, el médico tratante en lugar de ordenar una ecografía o tomografía (teniendo la disponibilidad del recurso en la institución y como lo establecen las guías de manejo de dolor abdominal), opta de manera deliberada **antes de las 24 horas mínimas** de

una observación, dar de alta al paciente, ordenando continuar los analgésicos de manera ambulatoria, realización de colonoscopia y valoración por gastroenterología, precisamente ante de una afección a nivel del colon (valoración que fue cuestionada al paciente por no haberse realizado de manera ambulatoria dentro de los 3 días transcurridos entre el 23 y el 26 de septiembre), y fue esta especialidad quien finalmente con una sola valoración el día 29/09/2014, tres (3) días después de su reingreso y con el mismo reporte de la tomografía que valoraron durante 3 días los 5 médicos generales y 3 especialistas, estableció un diagnóstico correcto y definió conducta inmediata, lo cual se pudo haber hecho desde el día de su reingreso el 26/09/2014, de haber sido valorado por dicha especialidad de manera oportuna. El despacho reprocha al paciente no tramitar una colonoscopia dentro de los 3 días siguientes al primer egreso pero no así al demandado; colonoscopia que según lo probado con la pericia allegada con la demanda, habría sido catastrófica para el paciente de haberse realizado, pues habría convertido una “perforación contenida” en una “perforación libre”, por el aire que hay que insuflar al realizar el procedimiento.

6. LA IDONEIDAD Y EXPERTICIA DEL PERITO DIEGO ORLANDO SIERRA.

Especialista en cirugía general y del aparato digestivo de la Universidad Complutense de Madrid quedó probada, incluso con entrenamientos, estudios y experiencia en el caso concreto, superior a los otros peritos. Perito que fue contundente en establecer que:

... el paciente no fue adecuadamente valorado en la atención inicial del 22 de septiembre, que el paciente fue dado de alta pese a presentar un cuadro gris de abdomen agudo que ameritaba estudios complementarios como una TAC, que no era pertinente ordenar el alta médica con la

realización de una colonoscopia, mucho menos dar de alta con la prescripción de medicamentos que pueden enmascarar el cuadro como acetaminofén y butilbromuro de hioscina: si lo que se pretendía era hacer una vigilancia domiciliaria del cuadro. Además, indicó que, si hay una conducta quirúrgica en la fase inicial de una apendicitis, donde no hay perforación, se evita el riesgo de que esto progrese a un plastrón apendicular. Expuso que, en una apendicitis, el manejo quirúrgico no oportuno puede presentar complicaciones como la formación de abscesos, la formación de un plastrón, la perforación del apéndice, generando una peritonitis secundaria, y complicaciones derivadas de esta. Confirmó que el paciente presentó una apendicitis complicada, que no fue diagnosticada e intervenida de forma oportuna y esa fue la razón por la cual se generó un plastrón apendicular, el paciente presentó un plastrón apendicular porque el tiempo de evolución de la apendicitis evolucionó hacia un plastrón, **afirmando que las secuelas que padece el paciente en la actualidad se derivan de que no se realizó una apendicectomía en el momento inicial.**

En complementación al dictamen médico pericial, indicó además que la colonoscopia fue un estudio ordenado que no fue pertinente, dado que desde un inicio la TAC reportó lesión heterogénea con niveles aéreos y signos de filtración.

Indicó además que, Independientemente de si el diagnóstico diferencial planteado por el especialista fue un plastrón abscedado o una lesión neoplásica abscesificada, la decisión podría haber sido optar por un drenaje de la lesión, o bien por radiología intervencionista o mediante cirugía, dado que al realizar la colonoscopia se genera una insuflación de aire dentro del colon, y el absceso o colección pasa de ser una

perforación contenida a una perforación libre, que se puede expandir al resto de la cavidad abdominal y desarrollar una peritonitis.

En sustentación fue asertivo en indicar además que, en la segunda consulta, el tiempo de espera a la realización de la colonoscopia no pertinente, contribuyó al desarrollo de una apendicitis complicada; que Un especialista en cirugía general tiene las competencias para determinar la pertinencia de la colonoscopia y cancelarla si no es indicada; así mismo que la apendicitis no es una consecuencia necesaria de las condiciones personales del paciente, y una atención de calidad disminuye las complicaciones. Finalmente indicó que la demora en el diagnóstico y tratamiento oportuno es la causa principal de complicaciones en la apendicitis. Así mismo confirmó que hubo omisiones y retardos en la prestación del servicio de salud en este caso.

Así las cosas, en el presente caso quedó demostrado que el hecho desencadenante del daño ocurrió bajo la esfera de control de los demandados y que estos dejaron de actuar teniendo el deber jurídico de evitar el daño. El juicio de imputación del hecho quedará desvirtuado si se demuestra que el demandado no tenía tal deber de actuación (sentencia SC13925 de 2016) y eso no quedó probado en este juicio.

A continuación, me permito transcribir algunas de las preguntas frente a las cuales el perito demostró objetividad, precisión e imparcialidad para ambas partes:

1. *Un médico general en el servicio de urgencias tiene la competencia para ordenar estudios imagenológicos. Minuto 0.55*

Respuesta: habitualmente si, el diagnóstico de apendicitis es generalmente clínico pero en los casos en los cuales hay incertidumbre sobre el diagnóstico , resulta útil ordenarlas.

2. Frente a un escenario de incertidumbre que debe hacer el médico. Minuto 0.57

Respuesta: Frente a un escenario de incertidumbre hay varias opciones: un escenario es hacer una prueba de imagen, (ecografía abdominal, tomografía abdominal), o una observación intrahospitalaria o extrahospitalaria, con indicaciones de consultar.

3. En este caso era pertinente que se ordenara una colonoscopia? Minuto 0.58

Respuesta: Este era un caso de dolor agudo, en el dolor agudo hay que pensar en patologías inflamatorias que eventualmente una colonoscopia ocupa, pero para el caso de una apendicitis este no es el estudio para evaluar dicha patología.

4. Era pertinente que en esa atención inicial se ordenara el alta del paciente ?Minuto 0.59

Respuesta: Una de las alternativas de manejo puede ser la observación domiciliaria bajo signos de alarma pero sin ningún tipo de influjo de analgesicos que enmascare el dolor, la salida con manejo analgesico para un dolor abdominal no es una práctica habitual, si se ponen medicamentos que atenúan el dolor probablemente el paciente va a reconsultar tardíamente, o no va a consultar o cuando consulte ya va a tener otras complicaciones.

5. Estos medicamentos que fueron suministrados en la atención médica del 22 de septiembre y los formulados en el alta pudieron haber contribuido para enmascarar el dolor del paciente ? Minuto 1.02

Respuesta: Cualquier medicamento analgésico puede disminuir el umbral del dolor en los pacientes, acá hubo uso de medicamentos endovenosos para el dolor y orales a la salida del paciente para quitar el dolor.

6. *En su práctica clínica habitual cuando usted se encuentra con un paciente que presenta un dolor abdominal de las características de este paciente , cuadro hemático con algunos de sus componentes alterados , que es lo propio hacer en este tipo de casos. Minut0 1.03*

Respuesta: El grado de incertidumbre nos hace llevar a que de alguna forma podramos aclarar esta situación y definir en el paciente si si es el inicio de un cuadro de inflamación de la apéndice o definitivamente no , y ante el uso de analgesicos si lo que veo en el paciente está un poco disminuido , atenuado , definitivamente una prueba de imagen nos hubiera podido solucionar esta situación.

7. *Nos indicó en el cuestionario que el medio de tratar la apendicitis es el manejo quirúrgico, de haberse establecido este diagnóstico en la primera consulta , era probable que el paciente fuera remitido al quirófano en cuestión de horas. Minuto 1.04*

Respuesta: Si , una vez se establece el diagnóstico de apendicitis lo que sigue es que el paciente debe ser valorado por el cirujano general, el confirma el diagnóstico, y si definitivamente el paciente cursa por una apendicitis debe ser llevado al quirófano.

8. *En la segunda consulta del paciente en la que realiza el 26 de septiembre se le ordena una TAC y ese mismo día una colonoscopia, era pertinente la realización de esa colonoscopia en ese momento .Minuto 1.08*

Respuesta: En el TAC se documenta un proceso inflamatorio en la fosa ilíaca derecha, en el ciego que es la parte distal del colon donde está localizada la apéndice y se menciona que hay una colección al lado de este proceso inflamatorio, cuando uno habla de un absceso al lado de una inflamación , pues habla de una posible perforación contenida, la realización de una colonoscopia en esa situación tiene el riesgo de que esa perforación contenida se pueda expandir al resto de la cavidad, al insuflar el aire para la realización de la colonoscopia, por lo cual su realización no era pertinente.

9. En el momento en que se cancela la colonoscopia , se define la conducta quirúrgica ? Minuto 1.18

Respuesta: si, en ese momento se define que la colonoscopia no era pertinente por los riesgos que representa y que lo pertinente era llevar el paciente al quirófano y hacerle una laparotomía

10. El tiempo que se tomó para definirse esa situación clínica fue tiempo que jugó en contra del paciente ?. Minuto 1.19

Respuesta: Probablemente sí, porque un foco de infección no controlado, debe ser controlado en el menor tiempo posible, ya sea mediante cirugía o mediante radiología intervencionista

11. Cuáles fueron las causas que contribuyeron a la formación de esa apendicitis gangrenada con plastrón ? Minuto 1.24

Respuesta: Por el tiempo de evolución de la apendicitis.

12. La atención en salud de calidad en términos de oportunidad, eficiencia, eficacia, disminuye el surgimiento de complicaciones de la apendicitis. Minuto 1.26

Respuesta: Por supuesto si una apendicitis se diagnostica y se soluciona a tiempo pues no llega a un plastrón, el plastrón se origina porque la apendicitis persiste , el foco de inflamación y de infección persiste y termina en un plastrón que es la complicación

13. En este caso la causa preponderante de esta complicación fue la demora en la instauración del diagnóstico y del tratamiento Minuto 1.26

Respuesta: Si una de las variables más relevantes en la formación del plastrón apendicular es el tiempo de evolución que tarda en formarse este plastrón

14. La administración de medicamentos en la estancia hospitalaria, influyó o no en la presencia de síntomas como fiebre y dolor ? Minuto 1.30

Respuesta: Probablemente sí, porque son medicamentos que se usan para el dolor y para disminuir la fiebre, la dipirona es un medicamento que se usa como analgésico y antipirético, entonces probablemente sí.

- 15.** *Al influirse en los síntomas de un paciente con la medicación en la estancia entonces cuales son los parámetros que pueden guiar al personal médico en el proceso de evolución de esa enfermedad? Minuto 30*

Respuesta: Hay que mirar otros parámetros como la respuesta inflamatoria en los paraclínicos como la leucocitosis, la neutrofilia, la elevación de la PCR.

- 16.** *De acuerdo a lo que pudo revisar en la historia clínica de este paciente, usted pudo establecer si hubo omisiones o retrasos en la prestación del servicio de salud? Minuto 1.32*

Respuesta: A mi juicio hubo retardo en el diagnóstico de la apendicitis, el retardo en que no se establece un diagnóstico de apendicitis por lo cual el paciente termina haciendo la complicación que es un plastrón apendicular.

7. RESPECTO DE LOS DICTÁMENES PRESENTADOS POR LA CONTRAPARTE:

Fue posible ver que no solo que se promovió por parte del juzgador, la formulación de preguntas inductivas que encaminaron las respuestas de los testigos técnicos llevados a juicio, situación que inclinó la balanza de la defensa desde las primeras audiencias en favor de los demandados y por tanto que atento el derecho al debido proceso del demandante. Obsérvese que el despacho no permitió que la testigo técnico convocada por el demandante: dra Liliana Giraldo, medica gastroenterologa que participación en la definición de la NO pertinencia de la Colonoscopia (folio 141 de la HC), fuera interrogada, porque según el despacho no participó en la atención médica del paciente; pero no tuvo la misma posición respecto de la declaración que rindió el testigo convocado por la

demandada Dr. Luis Fernando Becerra a quienes se le formularon todo tipo de preguntas, incluso sobre hechos en los que no participó ni le constó; pese a la formulación de tacha inmediatamente finalizada su declaración, la misma ni siquiera se permitió sustentar. Así mismo, en extralimitación de sus facultades legales efectuó interrogatorio con preguntas capciosas, sugestivas e inductivas, que dejaron ver desde un comienzo su posición parcializada en favor de la teoría del caso planteada por la parte demanda; todo lo cual desequilibró la balanza de cargas procesales, dificultando la defensa del apoderado del demandante.

Sumado a lo anterior, pese a la evidencia científica allegada al proceso, que demostró:

La obligación del médico en cuadros de dolor abdominal agudo de ordenar imágenes diagnósticas y efectuar interconsulta con cirugía; que la primera causa de dolor abdominal agudo es la apendicitis; que, en casos de colección, abscesos contenidos y o masas por posible plastrón, no es pertinente ni está indicada la realización de colonoscopias, que el tiempo de demora en la instauración de diagnóstico y definición de conducta en casos de apendicitis favorece el empeoramiento de los casos; pese a todo ello, sin sustento técnico y científico aseguraron en favor de los demandados que la prestación del servicio brindada fue acorde a la lex artis.

Al proceso compareció el testigo **Dr. Luis Fernando Becerra Gonzales**, médico especialista en cirugía general que participó en la atención del paciente el 29 de septiembre, quien manifestó que no recordaba absolutamente nada del caso por lo cual la apoderada del demandado le entregó copia de la HC para ser leída. Con base en ello procedió a

absolver las preguntas que le fueron formuladas; preguntas que se enfocaron en atención médicas que este no brindó, como quiera que el deponente, pese a ser un *“médico cirujano, no presenció la totalidad de los hechos que se debaten en el plenario”*, circunstancia de la que es posible inferir que tan solo se trata de una simple opinión de un experto que, no logra en ningún sentido derrumbar las conclusiones del informe sustentado por el perito especialista en cirugía general y del aparato digestivo, dr. DIEGO ORLANDO SIERRA BARBOSA.

De otra parte, también compareció el perito **dr. Carlos Eduardo Gallego Achito** especialista en cirugía general entrenado en trauma y emergencias quien labora como cirujano de urgencias y trauma, e indicó que ya ha rendido otros informes periciales para la misma apoderada; especialista quien en contraposición a lo afirmado por el Dr. DIEGO ORLANDO SIERRA BARBOSA, afirmó que la atención del paciente fue acorde a la *lex artis*, no obstante, sus declaraciones son contrarias a la evidencia científica que aportó en su dictamen, tal como explicaré en detalle en la sustentación a este recurso.

Igualmente, compareció el **dr. Carlos Manuel Zapata Acevedo**, Médico general , especialista en cirugía general, quien de manera reiterativa en su declaración demostró su parcialidad y subjetividad frente a las conductas del señor Gustavo Saldarriaga en lo referente al uso de analgésicos, consumo de cigarrillo y hábito de autocuidado; indicando que fue esta la causa de la perforación de su apéndice, sin ninguna justificación técnica, ni científica; del mismo modo en respuesta a varias de las preguntas formuladas por esta parte demostró imprecisión, incoherencia y contradicción en las mismas. En su informe, se enfocó en determinar que el diagnóstico principal del paciente fue cáncer, pero durante su

exposición, reconoció que el equipo de Gastroenterología planteó claramente un plastrón apendicular. Este fue el motivo principal diagnóstico por el cual el paciente fue llevado a quirófano.

Frente a lo anterior, es importante recordar que no es cierto que el diagnóstico principal del paciente haya sido un cáncer, recordemos que el motivo de consulta fue dolor abdominal, sin sangrado en ese momento, este signo simplemente formaban parte de los antecedentes clínicos del paciente, pero nunca fue la causa de su consulta inicial.

El perito no explicó por qué, si consideraba que el diagnóstico principal era un cáncer, no se remitió el paciente de inmediato al servicio de Gastroenterología y, en cambio, se optó por la especialidad de cirugía general.

Pese a lo anterior, finalmente reconoció que los médicos tienen la responsabilidad de asegurar el cumplimiento de las pautas de manejo institucional para garantizar la atención segura de los pacientes. Esto contradice sus afirmaciones y conclusiones, las cuales claramente pretendían favorecer a los médicos demandados. Lo anterior, da a entender que, desde un principio, el cuadro del señor correspondió a un abdomen agudo inflamatorio, el cual los médicos descuidaron y permitieron que avanzara hasta el punto en que, al llevar al paciente a cirugía, se encontró una apendicitis perforada y gangrenada con un gran plastrón y deformación de la estructura intestinal.

A continuación, me permito transcribir algunas de las preguntas frente a las cuales el perito demostró subjetividad, imprecisión y parcialidad para con los demandados, las cuales además tuvieron que ser reformuladas continuamente por considerarlas la señora juez inductivas e inapropiadas :

1. Podría indicar si la ayuda diagnóstica de la tomografía con que se definió la conducta por parte de los gastroenterólogos el día 29 de septiembre de 2014, fue la misma con la que evaluaron al paciente entre el día 26 y 29 de septiembre los otros médicos. Minuto 2:09:

A esta pregunta el Dr. Carlos Manuel Zapata Acevedo contestó: Si

De la anterior respuesta es claro observar que el paciente fue valorado por 5 médicos generales y 3 especialistas durante 3 días, y en su concepto ninguno concluyó que el paciente tuviera un plastrón apendicular, como lo manifestó el perito en su sustentación al dictamen, pero que los gastroenterólogos con una sola valoración y con la misma tomografía si lo definieron de este modo y no solo establecieron un diagnóstico, sino una conducta quirúrgica inmediata.

2. Se pone de presente la historia clínica y se solicita al perito indicar en la nota del 26 de septiembre a las 2:41 pm cuál fue la conclusión de los especialistas. Minuto 2:15

A esta pregunta el Dr. Carlos Manuel Zapata Acevedo contestó: Se revisa TAC de abdomen donde se observa posible plastrón apendicular, con niveles aéreos en su interior, por lo cual se llega a la conclusión que no es prudente realizar la colonoscopia, por riesgo de convertir perforación contenida, que es el plastrón, en perforación libre, o sea que se vuelva una peritonitis, se le explica al paciente y se programa para laparotomía exploratoria

Terminando esa respuesta en el minuto 2:20 indica que como había la sospecha de tumor lo más prudente era operar, lo cual confirma que fuera un plastrón, o fuera un tumor la conducta era quirúrgica, ello acorde a lo informado en el dictamen por el Dr. Diego Orlando Sierra.

3. Se pregunta si no hubiera sido prudente si se pensaba en un cáncer de colon y/o tumor de acuerdo a uno de los reportes de la tomografía y a lo indicado por el perito en su sustentación, solicitar la valoración por gastroenterología adicional a la valoración por cirugía general, o si no requería una valoración adicional por otro especialista. Minuto 2:21

A la pregunta anterior, el perito responde: No porque el TAC mostró 2 opciones.

De manera contradictoria se observa en la nota del día de la primera consulta 22/09/2014 que a su egreso hospitalario se ordenó valoración por gastroenterología precisamente ante la sospecha de masa a nivel del colon (valoración que fue cuestionada al paciente por no haberse realizado de manera ambulatoria dentro de los 3 días transcurridos entre el 26 y el 29 de septiembre), y fue esta especialidad quien finalmente con una sola valoración el día 29/09/2014 3 días después de su reingreso y con el mismo reporte de la tomografía que valoraron durante 3 días los 5 médicos generales y 3 especialistas referidos por el perito, estableció un diagnóstico correcto y definió conducta inmediata, lo cual se pudo haber hecho desde el día de su reingreso 26/09/2014, de haber sido valorado por dicha especialidad de manera oportuna.

4. En su sustentación al peritaje usted indicó que el paciente se operó con un diagnóstico de una masa, se pone de presente la historia clínica y se le solicita indicar de acuerdo a la historia en el folio 147 (Informe quirúrgico) qué diagnóstico pre quirúrgico se registró en la historia clínica. Minuto 2:25

A la anterior pregunta el perito indicó: **Absceso del intestino**, así mismo se le solicita indicar que se consignó en los hallazgos a lo cual responde: Plastrón de la fosa iliaca derecha, absceso del ciego, perforación del ciego.

Lo anterior, confirma que el grupo de gastroenterología inmediatamente valoró al paciente establece un diagnóstico diferente a una masa, canceló la colonoscopia y definió la realización del procedimiento quirúrgico por tratarse de un plastrón apendicular y no un cáncer de colon como lo habían sospechado los 8 médicos que valoraron al paciente.

Finalmente, reconoce que no fue operado con un diagnóstico de masa y/o tumor de comportamiento incierto sino de un absceso del intestino, pero que no sabe porque el médico registró ese diagnóstico pre quirúrgico en la historia clínica.

5. Usted indica que el analgésico que tomó el paciente antes de asistir a la primera consulta fue una conducta inadecuada por parte de éste; y que consultó tarde por tomar analgésicos, no pudo haber sido esta la misma causa de haber reconsultado tardíamente el haber sido dado de alta con analgésicos. Minuto 2:24

Frente a la anterior pregunta responde: Que en esta oportunidad se le dio analgésicos porque era adecuado, pero que haberlos tomado por sus propios medios no fue una conducta correcta y que en nada cambió el cuadro clínico porque igual siguió enfermo, además que era descuidado y siempre consultaba tardíamente.

6. Normalmente cuando un paciente es mal informante, inadherente a su tratamiento, y descuidado, esto se consigna en la historia clínica? Minuto 2:36

A la anterior pregunta indica: algunos lo colocan de esta manera otros no, pero sí es evidente se consigna, puede formar parte de la historia.

7. Cuando usted valoro la historia del paciente vio en algún aparte de la misma que indicaran que era descuidado, inadherente a su tratamiento, o que hubiera consultado de manera tardía. Minuto 2:36

Frente a la anterior pregunta contesto que no, pero que se deduce que el paciente era descuidado.

- 8. Se tiene como costumbre hablar que las guías de atención médica del ministerio no son obligatorias, pero las guías institucionales adaptadas a esas guías del ministerio son o no importantes en la atención segura de un paciente?** Minuto 2:40

Frente a la anterior pregunta el perito indicó: La política del ministerio es que deben existir guías, las guías nos dan como unas pautas de manejo , pero no se podría por ejemplo tener una guía donde se exija un TAC en un sitio donde no hay TAC , entonces que guía va a funcionar ahí, las guías si nos orientan, nos dan como un norte, pero hay circunstancias que hacen que no se puedan cumplir al pie de la letra, todo lo que dice la guia, porque no haya disponibilidad de ayudas diagnosticas o no se cuente con la capacidad instalada, **finaliza su respuesta indicando que el SES Hospital de Caldas contaba con todas la capacidad técnica y científica y ayudas diagnósticas disponibles para la atención del paciente como TAC y ecografía.**

9. En su sustentación al dictamen indicaba que únicamente se les solicita valoración por cirugía general a los pacientes que presentan signos de irritación peritoneal, eso está consignado en alguna guía? o en la bibliografía que usted revisó? Minuto 2:48

Es su respuesta a la anterior pregunta indica: No, pero es potestad del médico de urgencias definir si la solicita o no.

Frente a este punto es importante traer a colación, lo establecido en los paquetes instrucciones para la seguridad del paciente y la atención segura - guía técnica: "buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" versión II. MINSALUD, la cual establece en lo referente a la adherencia a guías de práctica clínica: **Es sabido que la práctica médica excesivamente basada en decisiones individuales y en la improvisación, reduce la calidad asistencial y es peligrosa para los pacientes.** La guía de práctica clínica es la estandarización en forma cronológica y sistemática del proceso de atención del paciente, durante su estadía en la organización. Tiene el objetivo de proporcionar información para la toma de decisiones en intervenciones de salud. Su elaboración reduce la variabilidad de la práctica médica con lo cual mejora la calidad de la atención asistencial y se disminuye la probabilidad de aparición de eventos adversos. La guía considera no sólo el estado del arte científico para el diagnóstico y tratamiento correctos de las patologías, sino que además incluye las guías de procedimientos de enfermería y de instrumentación quirúrgica.

8. LA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD A LA EPS DEMANDADA

La sentencia no tuvo importantes aspectos relacionados con la responsabilidad civil. En primer lugar, el fundamento de la responsabilidad directa de las personas jurídicas, que establece que dichas entidades pueden ser consideradas responsables de los actos ilícitos cometidos en su nombre o en su beneficio. Además, la responsabilidad sistémica de las personas jurídicas, que reconoce que las organizaciones pueden ser responsables por las deficiencias en sus sistemas internos que permitieron la ocurrencia de un daño. También, la responsabilidad civil de las entidades del sistema de seguridad social en salud, que implica que estas instituciones pueden ser responsables por los perjuicios sufridos por los usuarios del sistema debido a su negligencia o incumplimiento de deberes. No menos importante es la naturaleza jurídica de la responsabilidad por daños ocasionados a los usuarios del sistema de seguridad social en salud,

la cual busca garantizar una adecuada reparación a las personas afectadas. Por último, es fundamental tener en cuenta la imputación del daño a las empresas promotoras de salud, a las instituciones prestadoras del servicio y a sus agentes, reconociendo que pueden ser responsables de los daños causados por sus acciones u omisiones. Estos aspectos, fundamentales en materia de responsabilidad civil, parecen no haber sido debidamente considerados en la sentencia, lo cual puede afectar la justicia y la protección de los derechos de las partes involucradas. Por lo que solicito respetuosamente se revisen y se tengan en cuenta estos aspectos en aras de garantizar una adecuada aplicación del derecho.

9. LA CONDENA EN COSTAS.

El despacho de primera instancia desconoció los derechos legales y constitucionales de la demandante al condenar en costas, cuando era claro que dentro del proceso se había establecido que estaba bajo el **amparo de pobreza, concedido** mediante auto Interlocutorio No. 256 dieciséis (16) de Marzo del dos mil veintiuno (2021).

De acuerdo con el artículo 154 del CGP **A quien se le otorgue el amparo de pobreza, no estará obligado** a prestar cauciones procesales, a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de actuación; **tampoco será condenado en costas** y se le designará un apoderado para que lo represente.

De otra parte, en el eventual caso que fuera procedente la condena en costas, ha dejado de lado que acuerdo PSSAA-10554 de 5 de agosto de 2016 proferido por el Consejo Superior de la Judicatura, que regula las tarifas para efectos de la fijación de agencias en derecho, establece en el párrafo 2° del art. 3° que:

*“Cuando en un mismo proceso converjan pretensiones de diversa índole, **pecuniarias y no pecuniarias, la base para determinar las agencias la constituirán las primeras”.***

Así las cosas, en el presente caso, para la liquidación de la condena, la Juzgadora debía velar por determinar las agencias con base en las pretensiones pecuniarias de la demanda, sin abarcar lo solicitado por concepto de perjuicio extrapatrimonial.

PETICIÓN

Por las razones anteriormente expuestas es que le solicito respetuosamente al Honorable Magistrado del TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL SALA DE DECISIÓN CIVIL FAMILIA, REVOCAR la sentencia apelada y en su lugar acceder a las pretensiones de la demanda.

Atentamente,



LINA SOLEY ROCHA TEJADA
C.C. No. 1.053.778.670 de Manizales
T.P. No. 267.498 del C.S.J.