

REPÚBLICA DE COLOMBIA



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES SALA DE DECISIÓN CIVIL - FAMILIA

MAGISTRADA PONENTE: SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Radicado: 17-001-31-03-006-2021-00144-03

Aprobado según acta No. 124

Manizales, dieciséis (16) de mayo de dos mil veintitrés (2023).

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Se deciden los recursos de apelación interpuestos por la parte demandante y demandada¹ contra la sentencia proferida el 6 de octubre de 2022, por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso de la referencia.

II. ANTECEDENTES

A. DE LA DEMANDA.

Los señores Víctor Manuel Zuluaga Ramírez², Ledys del Pilar Vélez Trejos, Jerónimo Zuluaga Vélez e Hilda Lucía Zuluaga³, presentaron demanda contra La Caja de Compensación Familiar de Caldas -Confa- (Clínica San Marcel) y EPS y Medicina Prepagada SURA, a fin de que se les declare civilmente responsables por los perjuicios que se les causaron, como consecuencia de las acciones y omisiones en la prestación de los servicios médicos, asistenciales y hospitalarios suministrados al señor Víctor Manuel Zuluaga Ramírez, para lo cual solicitaron el reconocimiento de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales; conforme la siguiente descripción fáctica:

Como soporte de las pretensiones, se invocaron los hechos que a continuación se resumen: **1.** El 3 de marzo de 2020, el señor Víctor Manuel Zuluaga Ramírez fue trasladado a la Clínica de la Presentación, al presentar un fuerte dolor abdominal; siendo atendido en la misma camilla y sin que se le realizara un *triage*, en una corta descripción médica se ordenó su remisión a otro centro asistencia, al no contarse con el servicio de cirugía general. **2.** De manera inmediata, el mismo 3 de marzo, fue llevado en ambulancia a la Clínica San Marcel de Confa, donde lo atendió el médico Luis Fernando Espinosa Gonzáles, aproximadamente a las 21:10 del mismo día y quien dejó la siguiente nota:

¹ Que interpuso el recurso de forma adhesiva.

² Invocando la condición de víctima directa.

³ En calidad de esposa, hijo y hermana de Víctor Manuel Zuluaga Ramírez, respectivamente.

“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, TRASCURRE 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. **4.** De la acotación del médico cirujano Luis Alfredo Becerra se extrae: “AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PACIENTE ALGICO, CON SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, Y SIGNOS CLAROS DE SIRS. **3** SE DECIDE PROGRAMAR PARA LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, PROCEDIMIENTO A REALIZAR EL DIA DE HOY. PLAN DE TRATAMIENTO- SE DECIDE PROGRAMAR PARA LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA, PROCEDIMIENTO A REALIZAR EL DÍA DE HOY. (sic) Y EN LA ANOTACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS 14:45 DEL 4 DE MARZO SE TIENE: “14+45 INGRESA PACIENTE AL QUIRÓFANO PARA SER INTERVENIDO POR EL DR BECERRA Y EL DR ISAZA DE UNA APENDICECTOMÍA BAJO ANESTESIA GENERAL, TRAE LEV EN MSI, CON INTRACATH # 20 DE LA FECHA DEL 03/02/2020 A MANTENIMIENTO, 14+45 SE LE EMPIEZA A PASAR EL ANTIBIÓTICO 2 GR DE CEFAZOLINA EN 100 CC DE SSN, SIN NINGUNA REACCIÓN ADVERSA SE PASA PACIENTE A CAMILLA DE CX...” (sic). **5.** Se transcribe aparte del informe quirúrgico del cirujano Luis Fernando Becerra, que refiere la práctica de “APENDICETOMÍA POR LAPAROTOMÍA DRENAJE DE PERITONITIS DE DOS CUADRANTES” y la nota de respectiva de enfermería; afirmándose que, la demora en la práctica de la cirugía “condujo a que la enfermedad evolucionara de manera grave, provocando que el proceso infeccioso finiquitara en una peritonitis y SEPSIS subsidiaria, que ameritaba una intervención inmediata”. **6.** Conforme las notas médicas que se transcriben en la demanda, el señor Víctor Manuel Zuluaga es dado de alta el 6 de marzo de 2020, para continuar con atención hospitalaria en casa. **7.** Que el señor Víctor Manuel Zuluaga deriva sus ingresos de su actividad como cantante profesional, bajo el seudónimo de Romeo Zannetti, con amplio reconocimiento nacional e internacional; labor que exige un esfuerzo del diafragma y abdomen para comprimir su caja torácica, pero debido a su manejo quirúrgico inoportuno debió padecer durante varios meses con una herida abierta, lo que le generó una disminución en sus ingresos. **8.** Que el mencionado demandante se caracterizaba por ser una persona alegre, vital, llena de salud y energía, quien gozaba de estabilidad económica, condiciones que cambiaron luego de la atención negligente de su cuadro de apendicitis; situaciones adversas que han afectado a su núcleo familiar, pues la personalidad del señor Zuluaga se ha tornado hosca al no poder desempeñar su arte y contribuir con los gastos domésticos.

B. DE LA CONTESTACIÓN.

EPS Suramericana S.A. contestó la demanda pronunciándose sobre los hechos, oponiéndose a las pretensiones y formulando las siguientes excepciones denominadas: **1.** inexistencia originaria del daño; **2.** Carencia de legitimación material en la causa por pasiva - inexistencia de vínculo fáctico o jurídico para atribuir responsabilidad a la EPS medicina prepagada suramericana S.A.; **3.** Inexistencia de responsabilidad civil ante la ausencia de nexo de causalidad entre las actuaciones desplegadas por la EPS Medicina Prepagada Suramericana S.A. y los daños y perjuicios alegados por la parte actora; **4.** Inexistencia de responsabilidad civil por seguimiento de la *lex artis* - apreciación de la culpa, falla o error de conducta a priori y no a posteriori; **5.** Imposibilidad de atribución del

daño a la EPS Medicina Prepagada Suramericana S.A. porque sus actuaciones fueron diligentes y cuidadosas dentro de su marco funcional; y **6.** Ausencia de solidaridad entre la EPS y las instituciones prestadoras de salud; **7.** Imputación imposible; **8.** imposibilidad de aplicar la teoría de causalidad de la equivalencia de las condiciones, en su lugar debe aplicarse la teoría de causalidad adecuada - apreciación de la culpa en concreto, más no en abstracto - la apreciación de la culpa ex – ante, no ex – post; **9.** Discrecionalidad científica de los médicos tratantes; **10.** La obligación que le asiste a los profesionales de la salud es de medio más no de resultado; **11.** Inexistencia de la obligación de indemnizar; **12.** Indebida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos; **13.** Prescripción, caducidad y compensación; y, **14.** La genérica.

La **Caja de Compensación Familiar -Confa-** contestó los hechos de la demanda, resistió las pretensiones e invocó como medios de defensa: **1.** Inexistencia de culpa; **2.** Ausencia de responsabilidad; **3.** Actos médicos acordes a la *lex artis*; **4.** Obligación de medio y no de resultado; **5.** Cumplimiento de las obligaciones y responsabilidades por parte de Confa; **6.** Inexistencia de prueba del error médico; **7.** Inexistencia de error diagnóstico; y, **8.** Excepción genérica.

Así mismo, llamó en garantía a Seguros Generales Suramericana y al médico Luis Fernando Becerra Gonzáles, sin que este emitiera pronunciamiento alguno, pese a estar debidamente notificado.

Seguros Generales Suramericana S.A. al contestar el llamamiento en garantía se opuso a las pretensiones de la demanda principal y presentó los siguientes medios exceptivos: **1.** Ausencia de responsabilidad del asegurado por debida diligencia y cuidado – atención médica ajustada a la *lex artis*; **2.** Ausencia de responsabilidad por ausencia de configuración de sus requisitos; **3.** Carga de la prueba. Como excepciones subsidiarias invocó: **1.** Exceso de tasación de perjuicios morales; **2.** Improcedencia de indemnización por daños a la vida de relación; **3.** Improcedencia de indemnización por lucro cesante; **4.** Coadyuvancia; y, **5.** Innominada.

En lo que respecta al llamamiento en garantía, alegó: **1.** Sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro suscrito; **2.** La póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales opera bajo la modalidad *claims made*; **3.** Reducción del valor asegurado; y, **4.** innominada.

C. DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Evacuadas las fases de pruebas y alegaciones, mediante sentencia del 6 de octubre de 2022, el funcionario de primer grado resolvió negar las pretensiones de la demanda; luego de referir los antecedentes del proceso, los elementos estructurales de la acción de responsabilidad civil por falla médica y, memorar los síntomas, hallazgos, diagnósticos y atenciones recibidas por el señor Zuluaga los días 3 y 4 de marzo de 2020 por parte de los accionados.

Lo anterior por cuanto el paciente (i) accedió sin limitaciones a la clínica San Marcel; (ii) recibió una atención inicial en menos de 45 minutos, lo cual fue acorde con la clasificación triage 3; (iii) se diagnosticó con un abdomen agudo desde la primera valoración, se dejó en observación al no tener una alta sospecha y estar a la espera de los estudios complementarios, se programó la

intervención a las tres horas de confirmarse la sospecha diagnóstica; (iv) estuvo informado de los riesgos del procedimiento que, incluían infecciones que podían incrementarse dada su condición; y, (v) no presentó queja o insatisfacción por las atenciones recibidas. Así pues, aseveró “que no existen razones pues para censurar ese procedimiento, así fuese tardío, que no lo sabemos. Además, porque el perito, insisto, manifestó que como la intervención se llevó a cabo después de 12 horas, ese aspecto desfavoreció o perjudicó al señor Zuluaga Ramírez”, en la medida que el auxiliar no suministró un criterio médico del que se estableciera el daño cierto de operar fuera del tiempo mencionado, máxime cuando aquél “se alivió”.

Añadió que, “también claro que si no hubo daño, el perjuicio a la vida de relación no se dio, el perjuicio material tampoco se dio, y el daño a la salud pues tampoco. Es de anotar, que para esa época en que se presentó el dolor abdominal, y finalmente fue superado, el paciente Víctor Manuel Zuluaga Ramírez fue sometido a una digámoslo así a una incapacidad que dice más o menos es de tres meses, pero esto en ningún momento pudo afectar su esfera íntima su esfera personal, y su esfera económica, dado que para esa época, por virtud de la pandemia, todos los colombianos y muchísima más gente en el mundo que debió guardarse, para prevenir la pandemia del Covid-19, entonces pues tampoco es clara la realización de un daño material, personal, y a la salud del señor demandante, es natural que no haya habido ningún tipo de ingreso, dada la actividad musical a la que él dice dedicarse, además que en parte alguna se demostró que efectivamente realizara esa actividad, no hay ningún tipo de certificación al respecto, no hubo declarantes, personas que dijeran que lo hubieran contratado, ni que hubieran acreditado lo que a él le pagaban por sus servicios musicales”.

D. DE LOS RECURSOS DE APELACIÓN.

Inconforme con tal determinación, el extremo actor la impugnó, esgrimiendo de modo concreto las siguientes inconformidades:

1. Que se obvió en la sentencia la prueba del incumplimiento de las demandadas de las normas propias del SGSSS y los protocolos médicos, pues pese a que el paciente acudió de manera oportuna al servicio de urgencias con un dolor intenso abdominal, se presentaron demoras en el diagnóstico, en la atención del especialista, y en la intervención quirúrgica; negligencias y fallas en la prestación que generaron las complicaciones previsibles de “gangrena apendicular y una peritonitis secundaria”, para lo cual se apoya en citas de la historia clínica y manifestaciones del perito. Lo indicado lleva al apelante a censurar que no se reconocieran perjuicios, bajo el argumento de que el señor el señor Zuluaga Ramírez “fue “intervenido y curado”.

2. Así mismo se duele el apelante del sustento absolutorio de la sentencia de la primera instancia en el acatamiento del protocolo de Londres, que corresponde a un documento realizado por la clínica demanda, [...]que no es confiable en lo absoluto; y, en las Guías para el Manejo de la Atención Urgencias, Tomo II., “En donde, según el juez, afirma, que en la clínica demandada se realizó lo que dice la citada Guía. Empero, no deja por sentado el juez de Alzada, que fue lo que hizo la clínica que se pudiera comparar de manera asertiva con las Guías señaladas por él”.

En lo que concierne al dictamen pericial, alude que fue desconocido sin argumento claro, al desdibujarse la exposición completa que hace el auxiliar quien concluyó: “hubo negligencia en la medida en que detectada la apendicitis, no se procedió a intervenir inmediatamente o lo más pronto posible al paciente”.

3. Le resulta ilógico que el *a quo* ignorara la presencia del daño, ya que las complicaciones de la apendicitis ocasionaron una cirugía mayor, con más exposición anestésica y mayor tiempo de hospitalización e incapacidad; por

ende, más riesgo y sufrimiento, máxime cuando el “procedimiento de laparotomía fue desde el ombligo hasta la pelvis, con 16 una incisión de 20 centímetros”.

Por su lado, Sura EPS se adhirió al recurso interpuesto por la parte actora, y al efecto deprecó la imposición a los demandantes de la “sanción por la exagerada estimación de pretensiones no probadas y solicitadas en el juramento estimatorio”.

III. CONSIDERACIONES

A. DEL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.

El régimen de la responsabilidad civil descansa en el principio general de que quien causa un daño injustificado a otro debe repararlo, bien sea que aquél se genere en hechos, acciones u omisiones que contraríen el ordenamiento legal o un negocio jurídico; emanando así en términos muy generales la responsabilidad extracontractual o contractual.

En el caso que nos convoca, se solicitó la declaración de las demandadas como “civil y solidariamente responsables de las acciones u omisiones en la prestación de los servicios médicos asistenciales y hospitalarios brindados al señor VÍCTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ”; para lo cual se deprecó el reconocimiento de “los daños y/o perjuicios de todo género ocasionados” a los actores

Conviene indicar que, tal como se ha reiterado por vía jurisprudencial, es deber del juez realizar una interpretación sistemática y teleológica de la demanda, a fin de poder determinar la naturaleza de su intención jurídica⁴; en esa línea hermenéutica, habrá de colegirse que la parte demandante está ejerciendo tanto la acción contractual como la extracontractual, toda vez que reclama el reconocimiento de perjuicios padecidos directamente por la víctima con ocasión de la inadecuada prestación del servicio de salud y al mismo tiempo los sufridos por sus familiares, posibilidad jurídica completamente viable, pues “no advierte la Corte, hay que decirlo sin ambages, que esa acumulación de pretensiones violente las reglas procesales que regulan la materia y, mucho menos, las sustanciales que gobiernan la responsabilidad civil.

No estas últimas porque si bien los hechos que soportan ambas reclamaciones fueron los mismos, los daños no lo son; la demandante está cobrando dos perjuicios distintos mediante sendas ‘acciones’ de las cuales es titular; tampoco ha confundido el objeto de cada pretensión, toda vez que contractualmente está cobrando el perjuicio sufrido por su causante y extracontractualmente el personal”⁵.

B. DEL RÉGIMEN PROBATORIO.

Tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, por vía jurisprudencial se ha reiterado que le corresponde al demandante asumir la carga de probar la culpa⁶, toda vez que el galeno cumple labores de medio y no de resultado, salvo

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 20 de agosto de 1981, M.P. Alberto Ospina Botero.

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 18 de octubre de 2005, Exp.14491, M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena.

⁶Entre otras, las siguientes sentencias proferidas por la Corte Suprema de Justicia: Cfr. CSJ SC 001-2001 del 30 de enero de 2001, rad.5507; SC 22 de julio 2010, rad. 2000 00042 01; SC12449-2014 del 15 de septiembre de 2014, Rad. N°11001 31 03 034 2006 00052 01.

que exista algún tipo de pacto entre médico y paciente en cuanto al aseguramiento de resultados.

Sobre el punto que nos ocupa se ha señalado: “Como tiene explicado la Corte, ‘(...) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, **salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado**”⁷.

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero”⁸ (negrilla fuera de texto).

Lo anterior sin perjuicio de la redistribución que en materia probatoria se pueda hacer en virtud del principio de la carga dinámica, establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual se puede generar una carga probatoria adicional a las partes; a fin de que aquélla sea asumida, entre otros eventos, por el extremo que esté en mejor posición de probar en virtud de su cercanía con el material probatorio, por tener en su poder el objeto de la prueba, por circunstancias técnicas, por haber intervenido directamente en los hechos, por la incapacidad o indefensión de una de las partes, entre otros eventos. Acto procesal susceptible de recursos que requerirá la determinación del responsable, así como de las consecuencias que genere su desatención.

En el *sub limine*, claramente era la parte actora quien debía probar los elementos que configuran la responsabilidad médica cuya declaración se reclama, por lo que le asiste razón al pasivo cuando invoca excepciones referidas a que el acto médico implica obligaciones de medio y no de resultado; sin embargo, como quiera que esas manifestaciones se realizan a nivel teórico sin aterrizarlo al caso, por sí mismas, no tienen la connotación de enervar las pretensiones.

C. HECHOS QUE SE ENCUENTRAN ACREDITADOS.

Previo al abordaje de cada uno de los elementos que estructuran la responsabilidad médica invocada, han de precisarse unos supuestos fácticos que la Sala encuentra acreditados y que no fueron objeto de controversia, siendo estos los siguientes:

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, Exp.6199.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia del 24 de mayo de 2017, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, Exp.2006-00234.

1. La calidad de hijo y hermana de los señores Jerónimo Zuluaga Vélez e Hilda Lucía Zuluaga, respecto de Víctor Manuel Zuluaga Ramírez⁹.
2. La afiliación de Víctor Manuel Zuluaga Ramírez a Sura EPS, en calidad de beneficiario de Ledys del Pilar Vélez Trejos¹⁰.
3. Que, para la época de los hechos, la Clínica San Marcel -Confa-, formaba parte de la red prestadora de la EPS Sura¹¹.
4. La vinculación del médico Fernando Becerra Gonzáles con la Clínica San Marcel -Confa, para la época de los hechos¹².
5. El ingreso al servicio de urgencias de la Clínica San Marcel -Confa del señor Víctor Manuel Zuluaga Ramírez, al presentar fuerte dolor abdominal, quien llegó en ambulancia el día 3 de marzo de 2020, a las 9:29pm, procedente de la Clínica de la Presentación¹³¹⁴.
6. La práctica de la intervención quirúrgica “APENDICECTOMÍA POR LAPAROTOMÍA //) DRENAJE POR PERITONITIS DE DOS CUADRANTES GENERAL”, realizada por el Cirujano Luis Fernando Becerra el día 4 de marzo las 3:30pm; sin que registrara complicación en el post operatorio.
7. El 6 de marzo siguiente, a las 6pm, el señor Víctor Manuel Zuluaga es dado de alta, en la Clínica San Marcel, para continuar con atención hospitalaria en casa.
8. Que Confa tomó con la llamada en garantía, Seguros Generales Suramericana de Seguros S.A., la póliza de seguro N° 0633266-9, vigente para la época de los hechos, que cubre la responsabilidad civil profesional de clínicas y hospitales.

D. DE LOS ELEMENTOS AXIOLÓGICOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

1. **EL DAÑO:** Considerado como la lesión a un interés jurídicamente tutelable y generador del deber de indemnizar, se caracteriza por ser cierto, real y en cabeza de quien lo alega, salvo se trate de la razonable probabilidad de obtener una ganancia; toda vez que no hay responsabilidad sin daño, elemento éste “sin el cual, de consiguiente, resulta vano, a fuerza de impreciso y también hasta especulativo, hablar de reparación, de resarcimiento o de indemnización de perjuicios, ora en la esfera contractual, ora en la extracontractual”¹⁵.

Lesión que de acuerdo con la jurisprudencia debe ser cierta y directa, por cuanto sólo puede ser reparado el perjuicio real y efectivamente causado como consecuencia inmediata de la culpa o delito; importando destacar que no basta que el perjuicio sea cierto y que, como tal exista o llegue a existir, pues se torna indispensable su acreditación en la esfera del proceso, ya que, en caso contrario, afloraría su incertidumbre, en tanto en ambos casos -daño eventual o hipotético y daño no acreditado o demostrado- el juez carecería de elementos confiables para comprobar su certeza y proceder a su valoración.

⁹ Registros civiles de nacimiento aportados con la demanda.

¹⁰ Declaración de las partes y documental -historia clínica-.

¹¹ Documental adjuntado con la demanda y contestaciones. Aspecto sobre el que no existió controversia.

¹² Documentos allegados con el llamamiento en garantía.

¹³ A la que se presentó el mismo día, horas antes, y de donde fue enviado.

¹⁴ Historia clínica y declaraciones de las partes.

¹⁵ CSJ, SC, Sentencia del 4 de abril de 2001, Exp.5502.

Desde la misma demanda, se alegó que debido al “inadecuado manejo” dado al señor Víctor Manuel Zuluaga, su diagnóstico inicial de apendicitis derivó en peritonitis, por lo que requirió un manejo quirúrgico más complejo; lo que a su turno conllevó, a un mayor riesgo sufrido y dolor para el paciente, así como un periodo más largo de recuperación.

Según la historia clínica obrante en el expediente y las declaraciones de los galenos Luis Fernando Espinosa¹⁶, Jhon Alberto Castrillón¹⁷ y Edgar Pavón Carvajal¹⁸, resulta claro que el señor Víctor Manuel Zuluaga fue diagnosticado inicialmente con apendicitis el 4 de marzo¹⁹; pese a lo cual, en el informe quirúrgico de la “apendicectomía por laparoscopia” que le practicaron el mismo día en horas de la tarde, se lee que también le realizaron un “drenaje de peritonitis de dos cuadrantes”, y dentro de los hallazgos se dejó sentado: “gran obesidad (/) líquido libre seropurulento en pelvis y fid (/) Apéndice cecal fibrinopurulento con gangrena del tercio proximal”. Por otro lado, el médico Jhon Alberto Castrillón²⁰, afirmó que “la peritonitis localizada es una complicación de la apendicitis”, aspecto que no fue objeto de controversia, de hecho, las narraciones de los declarantes técnicos parten de ese supuesto.

Ahora, el avance de apendicitis a peritonitis, según el perito Edgar Pavón Carvajal, sí genera efectos adversos para el paciente, toda vez que: “cambia la incisión, porque la incisión es el primer cambio, se hace en el área de la fosa iliaca derecha, y cuando hay una peritonitis, se hace una incisión mediana de mayor tamaño, de mayor... ; entonces la incapacidad aumenta, pero también aumenta la hospitalización, porque la peritonitis ya es una infección grave, es decir, si una apendicitis puede hospitalizarse antes de perforarse, por un término máximo de unas 48 horas, máximo 72, ya con una peritonitis generalmente la hospitalización puede llegar a los 7-8 días, o incluso más, si hay complicaciones de otros órganos, por fortuna no fue el caso, sino que la peritonitis evolucionó satisfactoriamente. Pero si hay una diferencia en la recuperación, y en digamos en incapacidad, y en el tipo de incisión, que digamos hacen diferente la evolución de ambas entidades, de la sola apendicitis, comparada con la apendicitis más peritonitis, porque en la peritonitis la incisión es mucho más amplia, el tratamiento es más amplio, la incapacidad es mucho mayor (...), la apendicitis además tiene mayor riesgo”. En otro momento, el mismo experto refirió, que el dolor con ocasión a una cirugía por peritonitis “obviamente es un poco mayor, porque la incisión es mayor, en un área de donde se compromete un poco más la actividad muscular, que en el caso de una apedicectomía (...), que es una incisión localizada”.

Resulta entonces claro que, sí se produjo un agravamiento en la condición médica del señor Víctor Manuel Zuluaga durante el tiempo de su hospitalización en la Clínica San Marcel -Confa, y que ese deterioro se tradujo en un mayor riesgo para la salud y vida del paciente, así como en el aumento de su exposición quirúrgica, del dolor padecido y del periodo de recuperación, lo que por sí mismo supone una afectación al bien jurídico de la salud en varios de sus componentes; de manera tal que, de modo preliminar, contrario a lo afirmado por el *a quo*, se encuentra acreditado el elemento daño, más no su cuantificación o la atribución de su causación, aspectos a estudiar en capítulos posteriores.

¹⁶ Cirujano general que atendió al paciente.

¹⁷ Urgenciólogo que atendió al paciente.

¹⁸ Perito médico.

¹⁹ Por no interesar al punto estudiado, daño, no se entrará a realizar mayor pronunciamiento respecto de la hora en la que se produjo ese diagnóstico; aspecto sobre el que se recabará al estudiar la culpa.

²⁰ Urgenciólogo que atendió al señor Víctor Manuel Zuluaga.

2. LA CULPA. Definida en sentido estricto como la falta de intención en el sujeto activo de provocar las consecuencias que el acto que emprende genera, se manifiesta por la *negligencia* -descuido-, *imprudencia* -ejecutar actos que se realizan sin la diligencia debida-, *impericia* -falta de sabiduría, práctica, experiencia y habilidad en una ciencia o arte- o *inobservancia de reglamentos o deberes* -cuando al desempeñar ciertas actividades o cargos, el sujeto omite cumplir los deberes impuestos por normas reglamentarias-.

Tal como arriba se precisó, tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, estamos por regla general ante obligaciones de medio, como expresamente lo señala el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011²¹, sin que en el asunto que nos ocupa se hubiese acordado aseguramiento de resultados, máxime cuando la atención se dispensó por el servicio de urgencias.

Con la decantación factual detallada en líneas anteriores, se procederá al abordaje de las inconformidades presentadas por el apelante, con las que se pretende probar el elemento culpa en cabeza de la demandada, que de abrirse paso dará lugar al estudio del nexo causal y demás presupuestos aspectos necesarios.

Sostuvo el apelante que se presentaron demoras en el diagnóstico de apendicitis, en la interconsulta con el cirujano general y luego en la práctica de la quirúrgica - conforme las guías y protocolos médicos-, tardanzas que derivaron en la complicación de peritonitis padecida por el señor Víctor Manuel Zuluaga Ramírez; conductas que evidencian negligencia y fallas en la prestación del servicio, aspectos que se pasan a revisar.

a. DE LAS DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO Y LA PRESENCIA DE “SIRS”.

Lo primero es que se debe aludir, es que la historia clínica²² adolece en sus registros de la determinación de las horas de atención, inobservancia que contraviene de modo flagrante las disposiciones de la Resolución 1995 de 1995 del 8 de julio de 1999 del entonces Ministerio de la Salud²³ y sobre la que se hará un pronunciamiento en un aparte posterior; en todo caso, de las declaraciones de partes y testigos, se logra definir una línea de tiempo muy próxima de las atenciones hospitalarias dispensadas al paciente, pues ese punto se torna en nodal de cara a los reparos presentados por los censores.

Conforme lo sostienen los demandantes²⁴, el señor Víctor Manuel Zuluaga ingresó al servicio de urgencias de la Clínica San Marcel - Confa proveniente de la Clínica la Presentación²⁵, entre las 21:10 y 21:29 del 3 marzo de 2020²⁶, realizándose el TRIAGE a las 21:29²⁷. Ese mismo día, a las 23:36²⁸ fue atendido por el médico

²¹ Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

²² En todas las versiones aportadas por las partes.

²³ Artículo 5.- GENERALIDADES. La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.

²⁴ Tanto en sus declaraciones de parte como en la demanda misma.

²⁵ Aunque no obra en el expediente remisión de dicha institución, ese aspecto resulta intrascendente para el debate pues no se censuran las atenciones allí brindadas, ni tampoco el manejo inicial en la Clínica San Marcel. la atención inicial en esa situación resulte trascendente

²⁶ Como se indica en la demanda y es aceptada por el representante legal de Confa en el interrogatorio de parte.

²⁷ Conforme se indica en el “Análisis de caso” realizado por Confa y siguiente el Protocolo de Londres.

²⁸ Según lo confesado por el representante legal de Confa, que también aparece consignado en el documento “Análisis de caso” realizado por Confa.

general Luis Fernando Espinosa Gonzáles, leyéndose en la historia clínica, entre otros registros, los siguientes²⁹:

DESCRIPCIÓN	INFORMACIÓN
Motivo de consulta	Dolor abdominal.
Enfermedad actual	Paciente quien presenta cuadro de dolor abdominal desde el medio día 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.
Análisis	Paciente quien presenta cuadro de dolor abdominal, distendido, peristalsis alterada, posible patología funcional, aunque se debe tomar exámenes para descarta ilio, obstrucción o apendicitis, se deja en observación.
Examen físico	Facies algica, sin dificultad respiratoria, glasgow 15/15, ORL normal, cardiopulmonar normodinámico, abdomen distendido, peristalsis lenta, dolor en ambas fosas iliacas de intensidad similar sin signos aparentes de irritación peritoneal, no defensa muscular abdominal, cadera sin dolor, extremidades sin edemas, neurológico sin déficit sin focalización.
Diagnósticos clínicos	Dolor abdominal a estudio.
Plan de tratamiento	Observación de urgencias - Nada vía oral - Hartman 1000 cc para 2 horas continuar a 80 cc hora - Ranitidina ampollas 50 mg, aplicar 2 ampollas en 100 cc ssn - Metoclopramida ampollas 10 mg vial iv du - Se solicita hemograma - Se sollicita Rx de abdomen simple - csv rutina - Avisar

En lo que concierne a esa atención inicial, el médico general Luis Fernando Espinosa declaró: “Yo lo atendí a las... a la medianoche, y se veía un cuadro de un dolor abdominal, pero un dolor abdominal que no era algo claro, es decir con un punto específico de dolor, no, y el dolor había empezado según lo que él relató, que yo escribí en la historia clínica, había empezado justo en la parte inferior del abdomen, que no... pues que no da para nada... pues no da para un diagnóstico, una impresión diagnóstica inmediata, sino que un dolor abdominal. Además de eso, también tenía estreñimiento, creo que fue lo que me... tendría que ver la historia clínica, pero también tenía otros síntomas, otros síntomas que hacían como pensar en varias patologías, por eso además del dolor era algo no tan... no tan específico”. Respecto a los exámenes y procedimiento a seguir, el mismo testigo indicó: “inicialmente se le hizo un examen de sangre un hemograma, un hemograma una PCR, función renal, o sea creatinina y BUN, uroanálisis, espérese un momento que yo tengo la historia, que poder recordar todo eso...”; refiriendo en otro aparte de su testimonio que para ese momento: “al valorarlo no quedaba claro que fuera una apendicitis”. De manera concordante con lo anterior, se observa en la historia clínica como “PLAN DE TRATAMIENTO”: “S/S HEMOGRAMA (/) SS RX DE ABDOMEN SIMPLE (/) CSV RUTINA” y en la nota de enfermería se observa: “Ingresa paciente al servicio de urgencias es traído por Ger, paciente sin soporte de oxígeno, presenta un cuadro clínico de dolor abdominal desde el medio día de hoy aumentado paulatinamente, dolor inicio en cuadrante inferior derecho y transcurre en marco cólico, presenta distensión abdominal y estreñimiento, a la valoración por médico de turno indica dejar en observación”.

Frente a esa primera atención no medió reproche de los demandantes; de hecho, el perito cuya experticia fue aportada por ese extremo procesal, en lo atinente, señaló: “el paciente fue evaluado en la noche del del 3... del 3 de marzo del 2020, oportunamente se diagnosticó un dolor abdominal, que fue caracterizado como abdomen agudo, hubo algunas dudas en el diagnóstico inicial, como es normal para cualquier dolor abdominal, se tomaron los exámenes de rigor como es el cuadro hemático y se examinó el paciente para determinar si el abdomen agudo era una patología que cursaba con el paciente, y si correspondía o no, de acuerdo a la impresión diagnóstica a una apendicitis aguda”.

²⁹ Importa aclarar que no medió reproche respecto del tiempo transcurrido entre el TRIAGE realizado al paciente y la primera atención médica; aspecto frente al cual, tanto la representante legal de Confa como los testigos médicos, reseñaron que ese día en particular se presentó congestión en el servicio de urgencias de la Clínica San Marcel.

Ya en la siguiente revisión médica realizada por el mismo galeno al otro día, 4 de marzo entre las 2:15am y 2:40am³⁰, esto es, a menos de tres horas de la auscultación inicial, se encuentran las siguientes anotaciones:

DESCRIPCIÓN	INFORMACIÓN
Análisis	Paciente quien presenta cuadro de dolor abdominal y distensión con dolor de inicio en fosa iliaca derecha, en exámenes con leucocitosis, Rx de abdomen distensión de asas, no obstrucción, pero persiste intenso dolor, es pertinente continuar sin vía oral, con medicación endovenosa y por dolor intenso se aplicará medicamento analgésico dosis única. Se requiere control de hemograma y valoración por cirugía general.
Plan de tratamiento	Observación - Nada vía oral - Ranitidina ampollas 50 mg cada 8 horas - Tramadol ampolla 50 mg aplicar 25 mg iv dosis única - Se solicita hemograma control en la mañana - Se solicita valoración por cirugía - Avisar cambios.
Autorización prioritaria	No.
Diagnósticos clínicos	Dolor abdominal sugestivo de apendicitis.

Sostienen los apelantes que para este momento ya se contaba con el diagnóstico de apendicitis, lo que hacía improrrogable la revisión del cirujano y la práctica de la intervención quirúrgica de modo inmediato; esa versión descansa en lo afirmado por el perito médico Edgar Pabón, quien precisó que a las 2:15am del 4 marzo “ya determinan que efectivamente y definitivamente es una apendicitis, que los otros diagnósticos quedan descartados”.

En lo que atañe a esa contundente conclusión, el galeno tratante para aquel momento señaló, que “sospeché la apendicitis en la segunda valoración” y precisó en cuanto a la hora: “Pues yo no recuerdo bien pues así a ciencia cierta, pero eso fue después de medianoche, entonces siendo las 2 - 3 de la mañana”; también acotó frente a esa revisión: “(...) le volví a valorar los exámenes y... y llevarle... y hacer como la evaluación del caso, y colocarle más líquidos. Y el dolor el dolor no variaba era distendido y generalizado pues, era un dolor como si fuera un colon irritable, que es muy sujes... es muy presente en los cólones irritables, cuando es así, que es en los dos... en los dos lados, tanto en el lado derecho como en el lado izquierdo, que no es tan... tan específico de la apendicitis, solamente pues... duele en el lado derecho y y migra, en él no migró, en él, según lo que yo noté, es que el dolor le empezó justamente allá en la parte derecha abajo del abdomen, que no es lo típico, que no es lo típico de la de la descripción clínica de una apendicitis. Después se le hizo los exámenes, y cuando los exámenes salen con esa... con ese aumento de los leucocitos, pero el otro no alterado, entonces la sospecha que no tiene que iniciar siempre es eso, porque pues uno se va a favor del paciente (...); porque en él... porque los signos vitales de él pues, nunca se alteraron como tal, en ese momento en que él llegó y todo, estaba estable, pero seguía con el dolor, entonces al seguir con el dolor, pues uno no dice pues no es un colon irritable, como normalmente se mejoran con los medicamentos, entonces hay que observarlo, y hay que tomarle exámenes de control para poder definir si es o no es un abdomen quirúrgico, es lo que hice, es sospechar una apendicitis porque tenemos una sospecha”.

Ahora, verificada la historia clínica se encuentra que, para esa segunda evaluación médica ya se reportaban (i) unos resultados de laboratorio clínico que eran “sugestivos de apendicitis”, como allí mismo se consignó, (ii) así como la orden de “SE REQUIERE CONTROL DE HEMOGRAMA Y VALORACIÓN POR CIRUGÍA GENERAL”; lo que determinó como plan de tratamiento, entre otros: “OBSERVACIÓN”, “HEMOGRAMA EN CONTROL EN LA MAÑANA”, “AVISAR LOS CAMBIOS” y el suministro de analgésicos para el dolor. Lo anterior conlleva a que, según la

³⁰ Según lo afirmado por la representante legal de Confa y el perito.

descripción de la historia clínica, los síntomas y signos presentados por el señor Víctor Manuel Zuluaga para ese momento, había una “sospecha de apendicitis”; pero se hacía necesaria una mayor observación y la toma de otra muestra de laboratorio que permitieran emitir un diagnóstico más seguro. De hecho, el mismo perito cirujano aceptó la necesidad de un periodo de vigilancia médica previa a la formulación de un diagnóstico más claro, refiriendo: “el paciente se debe Ingresar a un área de observación, porque lo primero es hacer algunos exámenes adicionales, y sobre todo iniciar el manejo; como ha estado sin vía oral, el manejo de hidratación del paciente, y la evolución del paciente por lo menos en unas seis horas, es casi siempre hacia la exactitud diagnóstica, y se considera el patrón de oro del diagnóstico: la observación del paciente durante algunas horas, en esas horas se aprovecha para hacer exámenes paraclínicos que estén de acuerdo o confirmen el diagnóstico (...)”.

Nótese como para la segunda atención, habían transcurrido menos de tres horas respecto de la anterior, de manera tal que la conducta del médico tendiente a ordenar otros exámenes y disponer de un periodo mayor de observación, resulta muy prudente, e incluso, ese lapso luce sensato y acorde con la evolución que presentaba el señor Zuluaga para aquel momento; es importante recalcar que el estudio del caso clínico se construye sobre el método inductivo, pues es a partir de la sintomatología que presenta el paciente que el galeno va confirmando o descartando los padecimientos de aquél, resultando claro que para la segunda atención, aún no se contaba con un diagnóstico certero.

Continuando con el hilo de atenciones, encontramos en la siguiente nota de enfermería el registro del resultado del hemograma ordenado con antelación, el cual aparece tomado a las 6:00am; y de modo posterior está la evaluación del médico general Jhon Alberto Castrillón Álvarez de las 7:50am del mismo 4 de marzo³¹, en la que se lee:

DESCRIPCIÓN	INFORMACION
Análisis	Paciente en manejo por cuadro de dolor abdominal, localizado principalmente hacia hemiabdomen inferior, fosa iliaca derecha. Paraclínicos con hemograma con leucocitosis en ascenso, Rx de con distensión marcada de asas, niveles hidroaéreos a nivel de hemiabdomen inferior derecho, con presencia de gas distal. A la valoración actual, se encuentra con SRIS clínicos, signos claros de irritación peritoneal. Se valora de forma inmediata con cirugía general, quien decide programar para laparotomía exploradora de forma urgente. Inicio manejo analgésico, antibiótico, hidratación parenteral, pendiente de intervención.
Plan de tratamiento	Hospitalizar en sala general - Nada vía oral - Hartman 1000 cc en 2 horas, continuar a 100 cc/hora - Ampicilina sulbactam 3 gr IV cada 6 horas, inicio 04/03/20 - Dipirona 2 gr IV cada 6 horas - Losartan 5 mg VO cada 12 horas - Amlodipino 5 mg VO cada 12 horas, no dar por el momento - Programado para laparotomía exploradora - Seguimiento por cirugía general - Glucometrías cada 8 horas al estar sin vía oral - Control de signos vitales. Avisar cambios.
Diagnósticos clínicos	Abdomen agudo quirúrgico - Sospecha de apendicitis aguda - Hipertensión arterial.

El citado médico al describir la atención dada al señor Víctor Manuel en aquél momento, puntualizó: “Con esos paraclínicos [refiriéndose al resultado del hemograma] y más la revisión que se le hace al señor, donde se considera que es altamente sugestivo de... o sea que cursa con un abdomen agudo quirúrgico, sin importar cuál sea su etiología, lo que hice primero fue hablar con el cirujano, el cirujano fue y lo valoró conmigo en ese mismo momento, y lo segundo que hicimos, es ya después de establecer que cursaba con una patología quirúrgica, iniciamos un tratamiento antibiótico y analgésico, con eso buscando ya controlar el proceso

³¹ Determinación horaria que hace el mismo galeno en su declaración.

inflamatorio, mientras el paciente es llevado ya el procedimiento quirúrgico”; de lo que se concluye que, el diagnóstico de apendicitis se produjo a las 7:50am, aproximadamente, tal como lo confirmó el mismo deponente, definición a partir de la cual se dispuso el manejo quirúrgico, tal como se dejó sentado en la misma historia clínica, plan de tratamiento respecto del que no existe discusión alguna, pues todos los médicos coincidieron en su necesidad y pertinencia.

Se cuestiona por los apelantes la demora en el diagnóstico, que en su sentir debió realizarse a las 2:15am del 4 de marzo, cuando no había presencia de “SIRS”³²; y no de forma tardía, a las 7:50am del mismo día, momento en que el paciente ya cursaba el cuadro inflamatorio sugerente de la peritonitis que finalmente padeció.

Es importante memorar, acorde a lo sentado líneas atrás que, para las 2:15am del 4 de marzo de 2020, aún no se tenía un diagnóstico claro de apendicitis, pues confluían otros síntomas y signos que hacían sospechar otras patologías. Es oportuno traer a colación lo explicado por el testigo médico Jhon Alberto Castrillón Álvarez, frente a la intrincación del diagnóstico de apendicitis: “el dolor abdominal de hecho es una de las situaciones más difíciles que enfrentamos en los servicios de urgencias, el dolor abdominal puede tener muchísimas causas, desde causas médicas hasta causas quirúrgicas, o sea causas que vamos a manejar con medicamentos y con otros tratamientos diferentes a cirugías. Las causas quirúrgicas, y establecer la diferencia entre ambos es muy complejo, requiere generalmente vigilar varias cosas, la clínica que presentó el paciente, ¿cuál es la evolución?, la evolución generalmente nos va mostrando realmente que es realmente el dolor que presenta el paciente, y una serie de ayudas complementarias que nos van apoyando para la toma de la decisión”; y, en un momento posterior indica que, el señor Víctor Manuel presentó una sintomatología que no eran concluyentes de apendicitis. Narración que nos permite vislumbrar el nivel de dificultad en la definición de un diagnóstico fidedigno; complejidad que llevaba implícita la necesidad de una mayor observación y de exámenes que confirmaran o descartaran las sospechas iniciales.

Ahora, del hallazgo de “SIRS” registrado en la atención de las 7:50am que no estaba presente en la auscultación de las 2:15am³³, no se alcanza a derivar, por sí mismo, un error en el diagnóstico o una demora de este; recuérdese que, para la última cronología, los signos y síntomas manifestados por el paciente eran inespecíficos y sugerían distintas patologías, tornándose indispensable la toma de exámenes y una mayor observación. Y es que, mal se podría ahora, con un criterio retrovisor, partir de la complicación que sufrió el señor Víctor Manuel Zuluaga, sin tener en cuenta las circunstancias de tiempo y modo de cada una de las atenciones prestadas; toda vez que la opción que privilegió el médico tratante, como ya se dejó sentado, era idónea conforme las manifestaciones clínicas que mostraba el paciente para ese momento.

No basta con afirmar la ocurrencia de un yerro en la praxis médica para que la reclamación indemnizatoria se abra paso, pues, a no dudar, dicha incuria debe encontrar sustento fáctico y probatorio; circunstancias que en el *sub examine*, no se alcanzan a evidenciar. Nótese como los demandantes limitaron su esfuerzo suasorio a plantear una serie de inferencias en torno a la aludida culpa, sin concretar con base en las pruebas, los hechos que revelaban la imprudencia o

³² Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

³³ Hitos horarios del 4 de marzo de 2020.

negligencia del cuerpo médico, y en general, su desconocimiento de la *lex artis*; incluso, pareciera que las apreciaciones del apelante partieran de presumir la mala fe del galeno, lo cual, a todas luces, no es correcto, pues en su actividad, los médicos obran bajo el principio de benevolencia y no maledicencia, es decir, ellos dirigen su actuar a contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino a evitar que el daño físico o síquico se incremente.

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia³⁴ recordó: “La formación teórica, la práctica rigurosa y la actualización permanente de los médicos, asegura que sus decisiones las adoptan en beneficio de los enfermos para evitar perjuicios innecesarios en su integridad física y moral. Los principios anotados, en consecuencia, conminan a los profesionales de la salud a optar siempre por los procedimientos y alternativas terapéuticas menos dolorosas y lesivas para los pacientes y usuarios de los servicios”; de modo que se presume, en general, “que el actuar médico se realiza con diligencia y cuidado”, por lo que “los menoscabos o las lesiones causadas a la salud, también en línea de principio, se entienden que son excusables” y solo ante la evidencia de “faltas injustificadas (groseras, culposas, negligentes o descuidadas)” se debe salir a su reparación integral; para lo cual se debe tener en cuenta “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”³⁵.

En conclusión, la presunción de la diligencia y cuidado con la que se actuó por parte de los médicos generales durante la fase anterior a la programación de la cirugía de apendicectomía no logró ser doblegada, brillando por su ausencia la prueba que cimienta lo contrario, razón por la cual, las censuras planteadas al respecto no están llamadas a prosperar.

b. DE LAS DEMORAS EN LA INTERCONSULTA CON EL CIRUJANO GENERAL Y EN LA PRÁCTICA DE LA APENDICECTOMÍA.

Lo primero a decantar es que no se formuló censura alguna frente al acto quirúrgico que se le practicó al señor Víctor Manuel Zuluaga que, dicho sea de paso, no presentó complicación en sí misma; ni tampoco, respecto de las atenciones del post operatorio, aspectos que, por tanto, serán obviados por la Sala.

En segundo lugar, es importante precisar que los reproches se centraron en la demora entre el momento del diagnóstico de apendicitis y su resección a través de cirugía, puntos sobre los que girará el siguiente análisis; para lo cual se parte de la nota operatoria que aparece en la historia clínica, en la que se lee:

³⁴ Sala de Casación Civil, sentencia SC 3847 del 14 de octubre de 2020.

³⁵ CSJ SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00.

DESCRIPCIÓN	INFORMACIÓN
Preoperatorio	Abdomen agudo - Apendicitis aguda.
Intervención practicada	Apendicetomía por laparotomía - Drenaje de peritonitis de dos cuadrantes.
Descripción hallazgos	Gran obesidad - Líquido libre seropurulento en pelvis y fíd - Apéndice cecal fibrinopurulento con gangrena del tercio proximal – Procedimiento: incisión mediana de laparotomía, se identifican hallazgos, se hace sección y ligadura de mesoapéndice, se reseca apéndice en la base, se maneja muñón con punto de transfixión pds 3-0 y ligadura de seda 2-0, se lava cavidad con ssn tibia, secado de cavidad, se cierra fascia con PDS O, se cierra piel con puntos separados por riesgo alto de infección del sitio operatorio, no complicaciones, conteo de materiales completo informa instrumentador. Nota: riesgo alto de colecciones intraperitoneales. El protocolo indica manejar con cefalosporina y metronidazol, pero se sugiere valoración por infecto por los hallazgos operatorios y por la obesidad para definir escalar a piperacilina.
Órdenes	Hospitalizar - Lev Hartmann a 100 cc por hora - Dipirone 2g iv cada 6 horas - Metoclopramida 10 mg iv cada 8 horas - Metronidazol 500 mg iv cada 8 horas - Cefazolina 1g iv cada 6 horas - Valoración y concepto de infectología - Dieta líquida desde las 19 horas - Posición semisentado - Iniciar profilaxis antiembólica desde las 12 de la noche - Hielo local.

Resáltese que la recriminación de la demora descansa en lo conceptuado por el perito médico, quien sobre el tópico arguyó que hubo una tardanza superior a doce horas desde el momento del diagnóstico y la cirugía, manifestando que “existe un indicador, que se maneja como... para precisamente el control de calidad y control del riesgo, que es el tiempo en que, una vez diagnosticada una apendicitis se deba intervenir quirúrgicamente, y ese indicador de seguimiento marca como máximo tiempo las 12 horas, no, y se alcanzó pues... del diagnóstico de las doce horas, porque el paciente pero se operó realmente 12 horas después, aunque ya era claro que había peritonitis a las 8 de la mañana, o sea lo operó en horas de la tarde, básicamente digamos, en los tiempos de la... entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica hay una demora”; agregando más adelante que esa guía proviene de un “decreto que está vigente hoy sobre la sobre información de la calidad, donde se generan unos indicadores generales para el país, para hacerle seguimiento, y este es un indicador trazador, es decir para poder evaluar las instituciones, uno de los indicadores que se evalúa es ese; cuánto tiempo se demo... es decir que no se demore más de 12 horas después del diagnóstico para intervenirlo, sí, ese es un indicador que está en la norma están los decretos de calidad y en el capítulo de información para la calidad en salud”.

Ahora, si bien no media una norma (decreto) que contenga el criterio temporal referido por el experto médico, sí hallamos las “Guías para el manejo de urgencias” que expidió el Ministerio de Protección Social, “material que (...) se ha convertido en elemento clave en el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de urgencias. (...) Las guías son lineamientos teórico-prácticos que les permiten abordar y manejar entidades clínicas que implican una urgencia médica, conductas que, en cualquier caso, se basan en la mejor evidencia científica disponible”³⁶, tal como lo describiera esa entidad en la presentación del documento. En dicho compendio se encuentra la guía de manejo de apendicitis aguda³⁷, en la que se encuentra: “El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico: la resección urgente del apéndice inflamado antes de que se produzca su perforación (...). La tasa de perforación apendicular está directamente relacionada con la demora en el diagnóstico; tal demora puede evitarse mediante la educación de la población general sobre acudir prontamente al médico cuando aparece un dolor abdominal, y del médico de atención primaria o de urgencias en el sentido de siempre consultar con el cirujano en presencia de un paciente con dolor abdominal. Temple y Huchcroft hicieron el seguimiento de 95 pacientes con signos y síntomas de apendicitis aguda. Tres pacientes tuvieron perforación antes de 24 horas y sólo uno tuvo perforación antes de 10 horas. El tiempo promedio entre la aparición de los síntomas y la perforación fue de 64 horas”.

³⁶ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/GT/Guias-manejo-urgencias-tomo-i-iii.zip>

³⁷ Cuya copia fue adosada al expediente.

Sobre el tema, encontramos la declaración del médico Luis Fernando Espinosa González³⁸, que al ser preguntado por el lapso arriba indicado señaló: “A las siguientes horas: 3-6 horas máximo podría ser”; aclarando más adelante: la evolución de la apendicitis dura 48 hasta 72 horas, algunos pacientes, y solamente están hematizados; hay pacientes que en 6-8 horas ya tienen necrosis del apéndice, entonces es muy relativo que la evolución de cada paciente”. Por su parte, el médico urgenciólogo Jhon Alberto Castrillón no determinó un lapso en estricto sentido y expuso: “aunque en apendicitis aguda no hay una relación clara entre el tiempo y la evolución de la apendicectomía, eso se ha tratado de estudiar mucho, por ejemplo hay estudio muy bonito del 2013 que es de la Universidad de la Sabana, donde ellos estuvieron estudiando si había una relación directa entre el tiempo que pasaba desde el inicio de la apendicitis y las complicaciones, y no encontraron una relación directa entre el tiempo y las complicaciones. Hay variables diferentes como la misma genética del paciente, la obesidad la edad, el sexo, que interfieren mucho en que pueden haber o no complicaciones de la apendicitis, idealmente la apendicectomía debe ser llevada lo más rápido posible a salas de cirugía, sin embargo es un proceso inflamatorio en el cual uno sabe que cuenta con algo de tiempo, después de iniciar el manejo antibiótico sobre todo, que es un manejo que me va a disminuir esa respuesta inflamatoria que tiene el paciente, a disminuir labor y tiempo evolución del paciente, cuenta con cierto tiempo para ser llevado a la intervención, ¿debe llevarse de la forma más temprana que uno pueda hacerse siempre? Sí, claro que sí”.

Nótese cómo la oportunidad de la cirugía está directamente relacionada con el tiempo de evolución de la inflamación del apéndice hasta antes de su ruptura; de allí que el cirujano perito hable de doce horas para que esa complicación se produzca, contadas según sus propias palabras, desde el “**momento del diagnóstico certero**” y hasta la “intervención quirúrgica”, hitos que se deben establecer en el presente asunto. En este punto importa indicar que se tomará el lapso dictaminado por dicho experto, toda vez que, a diferencia de los otros médicos declarantes, cuenta con especialización en cirugía general, que corresponde al área específica de la medicina que se ocupa del tratamiento de las patologías aquí estudiadas.

Itérese que en el capítulo anterior se fijó, conforme el material probatorio allegado y las consideraciones allí explicitadas, como hora del diagnóstico de apendicitis las 7:50 am del 4 de marzo de 2020. En lo que respecta al momento de la intervención quirúrgica, el representante legal de Confa, en el interrogatorio de parte declaró que: “el señor Víctor Manuel ya es traslado a quirófano a las 14 horas, ya después, para todo el tema de preparación, para todo el tema de inducción en anestesia, para todo el tema de paraclínicos y ya a eso de... tipo de... de las de las 15:30 se da inicio a la cirugía, en la cual se realiza como bien lo dicen la historia clínica”, sin que se haya presentado discusión frente a esos indicadores de tiempo, e incluso, el perito mencionó en un algún aparte que la “intervención quirúrgica fue como a las 3 de la tarde”. De la definición de esos límites temporales, se concluye que transcurrieron menos de 8 horas entre el “diagnóstico certero” y “la intervención quirúrgica” que le fuera practicada al señor Víctor Manuel Zuluaga como plan terapéutico idóneo; lo que a su turno se traduce en que no se superara el tiempo indicado por el mismo perito como “trazador” de calidad que “permite evaluar a las instituciones”.

No sobra mencionar que la parte demandada dirigió buena parte de su defensa a esgrimir una situación de congestión “poco habitual” en el servicio de urgencias para el 4 de marzo de 2020, lo que conllevó un retraso en la práctica de la

³⁸ Quien atendió al paciente.

apendicectomía, tal como lo sostuvo el Representante Legal de Confa, quien explicó que la orden de cirugía se envió a “programación” a las 8:30am, aclarando: “en el quirófano también teníamos procedimientos, si bien programados; pero también para el quirófano que estaba para cirugía, teníamos en su momento dos urgencias, que eran urgencias vitales. Teníamos una gangrena de *fournier* que realmente, y en este caso pues una principal acotación, frente a que en esta gangrena es un gran... tiene un alto grado de contaminación, y lo que hace que hiciera la inutilización de quirófanos por todo el proceso de desinfección, y teníamos una segunda, una segunda urgencia, que era un tema de una eventración que venía procedente de la UCI, era un paciente que estaba en muy malas condiciones generales, no estaba hemodinámicamente estable, y necesitaba obviamente el tema de la intervención quirúrgica; entonces dado esto, hizo que se retrasara el tema digamos de la atención, sin embargo seguía en valoración continua y en monitoreo, el paciente”. De manera coincidente, el médico Jhon Alberto Castrillón, apuntó: “Sé que en ese día había otras urgencias quirúrgicas, ¿exactamente cuáles? no recuerdo en este momento, pero sé que tendríamos urgencias diferentes y por eso pudo ser llevado hasta en horas de la tarde”. Lo que redundaría en que, de haberse presentado un retardo en la práctica de la cirugía, lo cual no se acreditó, estaría de alguna forma dispensada.

En lo que concierne a la valoración por el cirujano, es importante indicar que desde la 2:10am se solicitó esa interconsulta por el médico general Luis Fernando Espinosa, que solo se surtió hasta las 7:50am del mismo día³⁹, cuando fuera nuevamente ordenada por el urgenciólogo Jhon Alberto Castrillón Álvarez; sin que se haya esgrimido y menos aún, probado algún evento exculpatorio que permita entender el retardo de más de 6 horas para que el cirujano de turno atendiera el caso. Aunque esta omisión por sí misma no tiene la virtualidad de consolidar, una responsabilidad en los términos del proceso que nos ocupa, pues recuérdese, la cirugía se practicó dentro de las 8 horas luego del diagnóstico de apendicitis; si puede conllevar a una inobservancia de los parámetros de calidad y oportunidad trazados por el Ministerio de Protección Social, toda vez que “ (...) en los servicios de urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de los procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales en el manejo de la apendicitis aguda (Early et al, 2006)⁴⁰. Razón por la que se ordenará la expedición de copias, para que la Superintendencia de Salud, dentro de la órbita de sus competencias investigue esa conducta.

En el mismo sentido y, como se indicó líneas atrás, la historia clínica del paciente Víctor Manuel Zuluaga fue diligenciada incumpliendo las previsiones del artículo 5 de la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del entonces Ministerio de la Salud, específicamente en lo que corresponde al registro de la hora de cada una de las atenciones dispensadas; inobservancia que no solo contrarió el principio de calidad en la prestación del servicio de salud, el habeas data del usuario, sino que en el caso concreto, contribuyó en la confusión de los supuestos factuales que la cimentaron este proceso. Así pues, en los términos del artículo 21 de la misma norma⁴¹, se ordena la expedición de copias de la citada historia clínica y

³⁹ 4 de marzo de 2020.

⁴⁰ Guía de manejo de apendicitis aguda, cuya copia obra en el expediente.

⁴¹ Los Prestadores de Servicios de Salud que incumplan lo establecido en la presente resolución, incurrirán en las sanciones aplicables de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

de la presente providencia con destino a la Superintendencia de Salud⁴², para que adelante las acciones a las que haya lugar.

Conviene indicar que el documento “Protocolo de Londres (/) Análisis del caso”, en el que se concluyó que la atención prestada a Víctor Manuel Zuluaga se hizo de modo accesible, oportuno, seguro, continuo y con satisfacción, fue elaborado por Confa; y, excluye del análisis de sus resultados la tardanza en la valoración por el cirujano y la demora en la práctica de la cirugía, a lo que se suma que de modo implícito se aceptó una dilación en la atención, al consignarse: “La oportunidad: que el paciente fue ingresado con una clasificación de triage III, el cual indica atención menor a 45 minutos, sin embargo, solo fue atendido 2 horas después; **sin embargo, al examen físico, no se encontraron hallazgos que hubieran cambiado la conducta médica si hubiera sido atendido en el tiempo establecido por la ley**” (negrilla fuera de texto). Al margen de lo anterior, y de la valoración que del mismo hizo el *a quo*, es importante puntualizar que, ello no suple la falta de prueba de los elementos estructurales de la acción de responsabilidad médica.

Conforme lo hasta aquí expuesto y de cara a los cargos estudiados, aflora con claridad que la parte demandante no acreditó la de un error endilgable al pasivo, carga que como ya se indicó, le correspondía; de manera tal que, lo encontrado no fue una indebida valoración probatoria, sino su insuficiencia para demostrar el elemento culpa estructurante de la presente acción.

E. DE LA APELACIÓN ADHESIVA

Sura EPS en su condición de apelante adhesivo censuró al *a quo* por no sancionar la “exagerada estimación de pretensiones no probadas y solicitadas en el juramento estimatorio”. En lo atinente a la no imposición de la sanción consagrada en el párrafo del artículo 206 del CGP, menester es precisar al apelante que en sentencia C-157 de 2013, la Corte Constitucional declaró su exequibilidad condicionada, bajo el entendido de que tal sanción -por falta de demostración de los perjuicios-, no procede cuando la causa de la misma sea imputable a hechos o motivos ajenos a la voluntad de la parte, ocurridos a pesar de que su obrar haya sido diligente y esmerado; supuesto fáctico que se encuentra presente en el caso que nos convoca, pues no se alcanza a endilgar a la parte demandante negligencia o descuido en el ejercicio de su carga probatoria. En ese orden de ideas, no resultaba dable imponer la sanción referida a la parte actora, resultando impróspera la reclamación aquí estudiada.

A manera de corolario, sea suficiente con señalar que ninguno de los reproches realizados por los apelantes contra la sentencia de primera instancia tiene vocación de éxito, tal como se detalló en la parte considerativa; de modo que se procederá a confirmar la sentencia apelada, sin que en esta instancia se imponga condena en costas. Toda vez que, si bien se confirmó la decisión, también lo es que, dos de los tres reparos presentados por el demandante fueron

⁴² Artículo 121.1 de la Ley 1438 de 2011 y artículo 4 del Decreto 1080 de 2011.

acogidos⁴³, sin que ello fuera suficiente para doblegar el fallo; a lo que se suma la improsperidad de la inconformidad esbozada por el otro apelante, Sura, el llamado en garantía.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Manizales, en Sala de Decisión Civil-Familia, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia emitida el 6 de octubre de 2022, por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Manizales, Caldas, 12 de diciembre de 2019 por el Juzgado Primero Civil Circuito de Manizales, dentro del proceso de declarativo de responsabilidad médica promovido por Víctor Manuel Zuluaga Ramírez, Ledys del Pilar Vélez Trejos, Jerónimo Zuluaga Vélez e Hilda Lucía Zuluaga, contra La Caja de Compensación Familiar de Caldas -Confa- (Clínica San Marcel) y EPS SURA; trámite al cual fueron vinculados Seguros Generales Suramericana y Luis Fernando Becerra Gonzáles.

SEGUNDO: SIN CONDENA en costas en esta instancia, tal como se precisó en la parte motiva.

TERCERO: Se ordena la expedición de copias a la Superintendencia de Salud, para que, dentro del marco de sus competencias, investigue las demoras en la valoración del cirujano y de las inobservancias respecto al diligenciamiento de la historia clínica, desatendiendo las previsiones del artículo 5 de la resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del entonces Ministerio de la Salud, específicamente en lo que corresponde a la falta de registro de la hora de cada una de las atenciones dispensadas, como se precisó en la parte considerativa.

CUARTO: DEVUÉLVASE el expediente al Juzgado de Origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LAS MAGISTRADAS,

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

FABIOLA RICO CONTRERAS

⁴³ La existencia del daño, más no de los otros elementos estructurales de la acción impetrada; así como la inconformidad presenta respecto del protocolo de Londres.

Firmado Por:

Sandra Jaidive Fajardo Romero
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 8 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Sofy Soraya Mosquera Motoa
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala Despacho 004 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

Fabiola Rico Contreras
Magistrada
Sala 06 Civil Familia
Tribunal Superior De Manizales - Caldas

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: **b03a40af5c29f1c0b24c74c2ffde2458038698ad95ab3b50d0f0af259c3dd84e**

Documento generado en 16/05/2023 02:58:41 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>