

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



Magistrada Ponente:
SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

Aprobado por Acta No. 281
Manizales, veintiséis (26) de septiembre de dos mil veintitrés (2023)

I. OBJETO DE DECISIÓN

La Corporación resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia proferida el 21 de febrero de 2023 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por Jorge Eliécer Gallego Rendón, Mariluz Marín Montoya, Dayana Gallego Marín y la menor Melany Gallego Marín contra la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa - IPS Clínica San Marcel y la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS SOS; trámite al que fueron llamados en garantía los galenos Jaime Alberto Restrepo Manotas y Ramiro Antonio Robles Bernal.

II. ANTECEDENTES

2.1. La demanda.

Los demandantes imploraron que se declare que las entidades demandadas son responsables por las acciones u omisiones en la prestación de los servicios médicos asistenciales y hospitalarios brindados al señor Jorge Eliécer Gallego Rincón y en consecuencia, deberán responder por los perjuicios de todo género ocasionados¹ y por las costas del proceso.

El sustento fáctico de las reclamaciones se sintetiza así:

- El señor Jorge Eliécer Gallego Rincón, quien se encontraba afiliado en calidad de cotizante a la EPS SOS, el día 30 de abril de 2010 a las 16:00 sufrió un accidente de tránsito en el municipio de Chinchiná, Caldas, siendo atendido en el Hospital San Marcos y con posterioridad remitido a la Clínica San Marcel de esta ciudad, reportándose en radiografía *“fractura diafisaria del fémur izquierdo (...) en su tercio*

¹ Solicitaron por perjuicios morales: 100 smlmv para Jorge Eliécer Gallego Rendón (víctima directa) e igual Mariluz Marín Montoya; y 50 smlmv para cada una de las hijas, Dayana Gallego Marín y Melany Gallego Marín; por daño a la vida de relación: 100 smlmv únicamente para la víctima directa; y por alteración en las condiciones de existencia: 100 smlmv para Jorge Eliécer Gallego Rendón, 50 smlmv para Mariluz Marín Montoya, 25 smlmv para Dayana Gallego Marín y 25 smlmv Melany Gallego Marín. Pidieron que los valores se liquidaran con el salario vigente a la fecha de pago, más indexación o corrección monetaria conforme al IPC desde su reconocimiento hasta el pago e intereses a la tasa máxima legal comercial.

medio, completa y desplazada”, así como “trauma en cara, reja costal izquierda con hematuria franca y traumatismo encefalocraneano”, requiriendo valoración por urología, ortopedia y neurocirugía.

- El primero de mayo el especialista en ortopedia dispuso cirugía de osteosíntesis, cuya programación quedó sujeta a la entrega del material de osteosíntesis²; entre tanto, se ordenó un TAC cerebral y abdominopélvico, y le suministraron grandes dosis de dipirona intravenosa y tramadol, que luego fueron suspendidos hasta tener pruebas del funcionamiento renal, al igual que la inserción de sonda vesical por probable trauma uretral.

- Al día siguiente no fue posible la práctica del procedimiento debido a que *“por una cirugía de urgencia no hay disponibilidad de quirófano por este motivo se suspende cirugía en este horario y se reprograma para mañana”*; y previa valoración por el ortopedista, se decidió suspender la ‘vía oral’ para esperar la intervención.

- El día 3 de mayo a las 17:40, después de la demora por disponibilidad del quirófano, los ortopedistas Jaime Alberto Restrepo Manotas y Ramiro Antonio Robles Bernal, llevaron a cabo el procedimiento de reducción abierta con fijación con clavo IMB.

- El 5 de mayo a las 23:00 se insertó en la historia clínica nota que reza *“EL ORTOPEDISTA LLAMA TELEFÓNICAMENTE, PREGUNTA POR EL ESTADO DEL PACIENTE, SE LE INFORMA QUE LA HERIDA QUIRÚRGICA SE ENCUENTRA LIMPIA Y SECA CON VENDAJE ELÁSTICO COMPRESIVO QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE”,* pero en registro posterior se indicó: *“PACIENTE CON HERIDA SUTURADA EN CADERA Y MUSLO DERECHO, SE OBSERVA HEMATOMA ALREDEDOR DE HERIDA, EXUDADO MODERADO SANGUINOLENTO, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCIÓN SALINA, SE DEJA GASE (sic) IMPREGNADA CON SOLUCIÓN SALINA, SE CUBRE CON APÓSITO Y SE FIJA CON MICROPORE.”*

- El 6 de mayo, aún sin realizarse la interconsulta con urología, se dejó anotación de *“PACIENTE CON HERIDA SUTURADA EN MUSLO DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO, EXUDADO SEROSANGUINOLENTO, PRESENTA HEMATOMA ALREDEDOR DE LA HERIDA, SE REALIZA LAVADO CON SOLUCIÓN SALINA, SE DEJAN GASA IMPREGNADAS DE ISODINE SOLUCIÓN, SE CUBRE CON APÓSITO SECUNDARIO Y SE FIJA CON MICROPORE”*. Ese mismo día, el médico Jaime Alberto Restrepo Manotas asentó en el historial *“pop (posoperatorio) de os (osteosíntesis) de fémur clavo imb paciente estable no sangrado por herida cx paciente con tac con alteración renal traumático que requiere valoración por el urólogo paciente estable se avisa a urología buen estado general igual manejo PACIENTE APARENTE BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, ORL, MUCOSAS HÚMEDAS, ROSADAS, CP SATISFACTORIO ABDOMEN, BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES CON ADECUADA PERCUSIÓN DISTAL SIN ALTERACIONES SE APRECIA A NIVEL DE MUSLO IZQUIERDO HERIDA QUIRÚRGICA CUBIERTA CON APÓSITO LIMPIO, SECO, CUBIERTO CON VENDAJE ELÁSTICO NEUROLÓGICO SIN DEFICIT.”*

² Según la parte demandante, el material de osteosíntesis debía ser suministrado por Toro Médicas.

- Mas tarde se anotó: *“SE REVISAR REPORTE DE TAC DE ABDOMEN EN EL QUE DESCRIBEN DISMINUCIÓN DE LA CAPTACIÓN DEL MEDIO DE CONTRASTE EN EL NEFROGRAMA A NIVEL DE LA CORTICAL POSTERIOR Y TERCIO MEDIO DEL RIÑÓN DERECHO QUE PODRÍA ESTAR EN RELACIÓN CON HEMATOMA PARENQUIMATOSO POR ÁREA POSTRAUMÁTICA, LA CUAL MIDE 24X21MM. AUMENTO DE LA DENSIDAD DE LA GRASA PERIRRENAL POSTERIOR ADYACENTE A ESTE POR POSIBLE SANGRADO DADO ESTOS HALLAZGOS ES NECESARIA LA REVALORACIÓN POR UROLOGÍA PARA AJUSTE DE MANEJO”*; en virtud de lo cual la médica Paula Andrea Arboleda Orozco ordenó valoración por ortopedia y por urología.

- El 7 de mayo se ordenó el egreso hospitalario para continuar con manejo por consulta externa de ortopedia en una semana y de urología con radiografía reno vesical.

- Los días 11 y 15 de mayo consultó en la EPS para la curación de la herida, anotándose en la última atención *“se realiza curación en herida quirúrgica se retiran apósitos impregnados de material purulento no fétido en gran cantidad, se realiza limpieza con solución salina, se realiza drenaje en herida del muslo en su parte medial, con salida de abundante material purulento no fétido, se drena en sitios distales de las suturas, con salida de material purulento en moderada cantidad, se limpia con solución salina, y se cubre con Micropore, se comenta con el médico quien decide iniciar AB (antibiótico) Cefalexina 1cap cada 6 horas por 10 días”*.

- El 18 de mayo se repite el proceso de limpieza y curación acotándose la salida de material purulento, no obstante, el médico Carlos Mauricio Mendoza en el examen médico que le practicó concluyó que *“SE OBSERVA HERIDA QUIRÚRGICA EN MUSLO IZQUIERDO CUBIERTA CON APÓSITO, SIN SIGNOS DE INFECCIÓN”*; siendo evidente la contradicción entre el personal de enfermería y el profesional médico.

- Las limpiezas y curaciones continuaron durante los días 20, 22, 24 y 28 de mayo de 2010, en las que se observó material seropurulento en abundante cantidad.

- En atención del día 30 de los mismos mes y año, el paciente ingresó al consultorio en muletas muy álgido, refiriendo que *“EL DOLOR DE LA PIERNA DESDE EL MOMENTO QUE LO OPERARON YA NO MEJORA, QUE YA HA TOMADO TRAMADOL, NAPROXENO, SIN MEJORÍA”*, constatándose en el examen físico *“MUSLO IZQUIERDO CON DOLOR A LA PALPACIÓN GENERALIZADA, PULSOS CONSERVADOS, Y PERESTESIA GENERALIZADA, LEVE EDEMA PRESENCIA DE HERIDAS SUTURADAS SIN SX (SIGNOS) DE INFECCIÓN, NO PUS, NO ERITEMA, NO OTROS”*, para cuyo tratamiento se formuló diclofenaco, dipirona, trazodone, zaldiar y se ordenó valoración por clínica del dolor.

- El 8 de junio, acudió a la Clínica de la Presentación por intenso dolor, donde se le dio manejo con antibióticos, siendo intervenido quirúrgicamente el 16 siguiente, con un diagnóstico de *“infección de la herida quirúrgica y absceso en el muslo izquierdo”* y complicación mecánica de los dispositivos implantados en el muslo, y se optó por la extracción del material de osteosíntesis del fémur izquierdo con drenaje, curetaje y secuestrectomía, tras encontrar *“presencia de pus y gran cantidad de cera ósea tapando un gran orificio por donde entraba el perno de bloqueo distal el cual se encontraba completamente suelto”*.

- El 5 de marzo de 2011, consultó en la misma IPS por dolor, edema y fiebre, mostrando en la radiografía una 'pseudoartrosis del fémur', y se le realizó un nuevo drenaje, curetaje, secuestrectomía, retiro del material del fémur y colocación de fijación externa del fémur tipo excalivur.

- El 6 de julio le practicaron un nuevo drenaje, curetaje, secuestrectomía del fémur bajo el diagnóstico 'osteomielitis crónica agudizada'. El 11 de octubre y el 27 de noviembre le repitieron el mismo procedimiento.

- El resultado del proceso médico fue *“una grave infección del hueso con la consabida osteomielitis y la aparición de una pseudoartrosis o una falsa articulación”*, con un gran impacto en su salud física y mental, porque provocó una pérdida en su capacidad laboral del 22.91%, conllevando un tratamiento continuo sin mejoría plena.

- Existió una falla médica por la demora en la intervención quirúrgica (4 días después del accidente), a sabiendas de la estrecha relación entre el tiempo transcurrido desde la fractura y la osteosíntesis y la aparición de infecciones, más si se tiene en cuenta que el manejo antibiótico fue con dicloxacilina que poco o ningún efecto tiene sobre los tejidos profundos; además, los signos de infección fueron ignorados y subvalorados, por cuanto la atención fue brindada por auxiliares de enfermería y médicos generales, sin presencia del ortopedista, quien fungía como jefe del equipo quirúrgico responsable de la atención, y sin la práctica de imágenes diagnósticas.

- El señor Jorge Eliécer ha sobrellevado dolor, angustia, sentimiento de impotencia, temor y depresión debido al deterioro de su salud y la ausencia de recuperación integral, la afectación en su locomoción, las complicaciones que deberá soportar a lo largo de su vida y las grandes limitaciones y restricciones para llevar a cabo sus actividades básicas cotidianas y su vida laboral. Los acontecimientos también generaron dolor y zozobra en su núcleo familiar; además de la alteración en sus vidas por el cambio de personalidad que sufrió y que varió notablemente su relación con sus hijas y su familia en general, por su apocamiento, inseguridad, timidez y falta de disfrute en sus actividades de esparcimiento y recreo como paseos, caminar, correr, jugar fútbol, bailar, hacer gimnasio y otros deportes.

2.2. Intervención de las demandadas y llamados en garantía.

2.2.1. La Caja de Compensación Familiar de Caldas - Clínica San Marcel contestó la demanda señalando que el paciente ingresó a la IPS con una fractura de fémur cerrada, iniciando manejo preventivo o profiláctico con dicloxacilina y enoxaparina, y posteriormente se le practicó la intervención cumpliendo todos los protocolos, al igual que el tratamiento posoperatorio en cuanto al lavado y curación de la herida quirúrgica; ergo, la atención brindada fue idónea.

En consecuencia, se opuso a las pretensiones y formuló las excepciones de fondo que denominó: 1. Inexistencia de culpa; 2. Ausencia de responsabilidad; 3. Actos médicos acordes a la lex artis; 4. Obligaciones de medio y no de resultado; 5. Ausencia de nexo de causalidad - causa extraña; 6. Existencia de consentimiento informado - asunción de riesgos por parte del paciente; 7. Inexistencia de prueba de falla en la atención médica; 8. Hecho de un tercero; 9. Prescripción; 10. Objeción a la cuantía de las pretensiones; y 11. Genérica.

Con fundamento en los contratos de prestación de servicios profesionales Nos. 2009-584 y 2009-169, vigentes entre el 1 de febrero de 2009 y el 31 de enero de 2010, llamó en garantía a los médicos Ramiro Antonio Robles Bernal y Jaime Alberto Restrepo Manotas.

2.2.2. Servicio Occidental de Salud SOS EPS se manifestó indicando que entre el 8 y 25 de junio de 2010, el señor Gallego Rendón fue hospitalizado en la Clínica de La Presentación con diagnóstico de infección quirúrgica, absceso en muslo izquierdo, por lo que fue necesario el retiro de material de osteosíntesis, con drenaje, curetaje y secuestrectomía de fémur; identificando como causante por cultivo una bacteria *Pseudomona*, la cual puede encontrarse en las axilas y región inguinal de algunas personas o puede contraerse como infección intrahospitalaria, presente generalmente en desagües, pisos y objetos utilizados en los hospitales para orinar o defecar, o también puede transmitirse por lavado deficiente de manos del personal de salud o el paciente mismo; además fue hospitalizado por reinfecciones óseas en los periodos 10 a 24 de noviembre de 2010, 28 de febrero a 9 de marzo de 2011, 6 a 16 de julio de 2011 y 22 a 27 de noviembre de 2011, en los que fue necesario realizar tratamiento quirúrgico para drenaje, curetaje (raspado del hueso) y secuestrectomía (retirar fragmentos óseos muertos), hasta que finalmente desapareció la infección del hueso (osteomielitis).

Precisó que el aplazamiento de una cirugía de osteosíntesis de fémur por una fractura cerrada (sin heridas), no es un detonante de la osteomielitis presentada en el asunto de marras, toda vez que al ser una fractura cerrada hace improbable que la infección se haya contraído en ese lapso por algún mecanismo externo; más bien, como quedó consignado en la historia clínica de la atención que tuvo el paciente con la especialidad de psicología, lo que aconteció es que no tuvo adherencia al tratamiento médico indicado porque no consumía los medicamentos ni realizaba las terapias físicas ordenadas.

Como medios exceptivos propuso: 1. Falta de legitimación en la causa por pasiva de la EPS SOS S.A.; 2. Hecho dañoso es de origen laboral y no común; 3. Las atenciones médicas requeridas por el señor Jorge Eliécer Gallego Rendón estaban a cargo de su administradora de riesgos laborales y no de la entidad prestadora del servicio de salud; 4. Inexistencia de nexo causal entre el perjuicio alegado por la parte actora y la EPS SOS S.A.; 5. Cabal cumplimiento de las obligaciones de la EPS SOS S.A. en razón a la Ley 100 de 1993 y el contrato de prestación de servicios de salud con el señor Gallego Rendón; 6. El régimen de responsabilidad civil médica se rige por la culpa probada conforme las previsiones del artículo 167 C.G.P. - inexistencia de obligación de responder por ausencia de culpa; 7. La atención médica brindada se cumplió conforme a la Lex Artis y la discrecionalidad científica; 8. Carga probatoria a cargo del demandante para acreditar que efectivamente el daño fue producto de una infección intrahospitalaria; 9. Causa ajena en el deterioro de la salud del señor Gallego Rendón; 10. Cumplimiento del consentimiento informado; 11. Inexistencia de solidaridad entre la EPS SOS S.A. y los demás demandados; 12. Inexistencia del deber de reparar el daño; 13. Carga de la prueba de los demandante; 14. No cumplimiento de los presupuesto jurisprudenciales de falta de oportunidad; 15. Caso fortuito; 16. Enriquecimiento de causa; y 17. Innominada.

En atención a la póliza de responsabilidad civil No. 8001025995, vigente entre el 28 de marzo de 2015 y el 28 de marzo de 2016, convocó a AXA Colpatría Seguros S.A.³

2.2.3. El médico **Jaime Alberto Restrepo Manotas** se opuso a las pretensiones de la demanda e interpuso las excepciones perentorias de: 1. Sujeción al cumplimiento de protocolos quirúrgicos; 2. Cumplimiento de la Lex Artis; 3. Ausencia de culpa; 4. Inexistencia del nexo de causalidad; 5. Ausencia del daño; 6. Inimputabilidad del daño; 7. Indevida y exagerada tasación de los perjuicios aducidos con relación a los perjuicios extrapatrimoniales; y 8. Genérica.

Frente al llamamiento indicó que la llamante no adosó ninguna prueba, al menos sumaria, sobre un actuar doloso o gravemente culposo de su parte dentro de la atención brindada al señor Jorge Eliécer Gallego Rendón; por consiguiente, formuló la excepción denominada: Falta de requisitos para la procedencia del llamamiento en garantía.

2.2.4. El médico **Ramiro Antonio Robles Bernal** expresó su oposición frente a las pretensiones de la demanda y planteó las excepciones de 1. Prescripción; 2. Ausencia de nexo causal entre los actos médicos ejecutados y las complicaciones; 3. Acto médico conforme a protocolos; 4. Advertencia de riesgos, como parte integral de los protocolos; 5. Cobro excesivo de perjuicios; y 6. Genérica.

Respecto del llamamiento indicó que no se verifica la condición de probar que el profesional de la salud obró con dolo o culpa grave en su actividad galénica; subsecuentemente interpuso las excepciones de: 1. Prescripción, y 2. Falta de requisitos para la procedencia del llamamiento en garantía.

2.3. Sentencia.

Agotadas las etapas del proceso, el Juez de primera instancia emitió sentencia en la que declaró probadas las excepciones de “*falta de legitimación en la causa*” incoada por la EPS SOS y “*ausencia de culpa*” propuesta por los demás demandados; en consecuencia, negó las pretensiones y condenó en costas a los demandantes.

Precisó que la atención recibida por la víctima por parte de la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Clínica San Marcel no fue con ocasión de su relación contractual con la demandada EPS S.O.S., sino con sustento en su SOAT y posteriormente en virtud de su vinculación a la ARL Sura; lo que rompe el orden sustancial por el cual fue convocada la Promotora de Salud.

Consideró que la demanda se cimienta en apreciaciones de orden subjetivo carentes de soporte probatorio, luego que no se vislumbra la presencia de culpa ligada al actuar médico, pues lo expuesto por el perito guarda concordancia lógica con lo reportado en la historia clínica, esto es, la ausencia de signos que dieran

³ Por auto del 29 de abril de 2021 se admitió el llamamiento y se dispuso la notificación, pero dado que no se logró en los seis meses siguientes, a través de auto del 21 de abril de 2022, el juez ordenó continuar con el trámite.

cuenta de la presunta infección que fue hallada con posterioridad en la IPS Clínica de La Presentación. Además, quedó decantado que el tiempo transcurrido entre el ingreso a la clínica y la realización de la cirugía fue razonable, teniendo en cuenta que se trataba de un cuadro de politraumatismo severo de alto impacto que comprometía varios sistemas del cuerpo del paciente y que el tiempo prudencial para operar una fractura cerrada de fémur es entre las 48 y 72 horas siguientes a la lesión, porque la intervención inmediata tiene riesgo de volemia que puede llevar al paciente a la muerte, de lo que deviene que no puede tenerse como una posible causa de infección los días que estuvo a la espera de la intervención.

También quedaron despejadas las especulaciones en cuanto a que fueron subvaloradas las observaciones del equipo de enfermería por parte de los galenos tratantes, habida cuenta que el examen en conjunto de la historia clínica demuestra que el paciente fue valorado entre el primero de mayo y el primero de junio por lo menos por seis médicos generales y dos médicos especialistas, sin mencionar las otras especialidades que venían tratándole las demás afecciones. Si bien en los procesos de curación se muestra una herida con salida de material purulento, no fétido e hisopos sanguinolentos, ello no constituye signos indefectibles de infección, toda vez que en un posoperatorio resultan normales las secreciones sanguinolentas o serosanguinolentas; aunado que tales anotaciones no pueden ser revisadas de forma aislada, sin atender los hallazgos reportados por los médicos especialistas que reportaban ausencia de signos de infección, y la apariencia de su herida en modo alguno denotaba las características de una infección por pseudomona aeruginosa, la cual tiene una coloración amarilla o amarilla verdosa supremamente fétida, así como tampoco se reportaba un compromiso general en el paciente, esto es, febril y taquicárdico.

Remató aduciendo que el indicio configurado por la falta del certificado de calidad y seguridad exigido a la IPS demandada, no alcanza a derruir la presunción de diligencia y cuidado en la prestación del servicio, más cuando quedó demostrado, según aseveró el experto, que la entidad cumplió con los protocolos vigentes para esa fecha, incluida la lista de chequeo de seguridad.

2.4. Apelación.

La parte demandante destacó que la historia clínica no demostró que la atención recibida por el paciente estuvo a cargo del SOAT o de la ARL, no obstante, el a quo olvidó que es a la EPS a quien le incumbe el cumplimiento de la integralidad de la atención para que el usuario obtenga todo lo necesario para su recuperación, con independencia de la génesis de la lesión.

Reprochó la falta de un análisis juicioso y ponderado de todas las pruebas arrojadas, enfatizando que el historial médico de la Clínica de La Presentación, que tampoco fue apreciado por el perito, corrobora que existió una infección con la bacteria pseudomona de clasificación nosocomial -según el Ministerio de Salud-, que no debió aparecer en los tejidos del paciente, pero así sucedió, por un crecimiento de ese microorganismo durante el procedimiento quirúrgico, y que además, fue diagnosticada tardíamente a pesar de la presencia de material purulento y otros síntomas que lo indicaban, lo que generó la urgente necesidad de una nueva intervención quirúrgica para mitigar el impacto infeccioso en su cuerpo y que le

causó una osteomielitis y un deterioro en su salud sin retorno; de manera que el nexo causal si se encuentra probado.

Subrayó la ausencia de prueba de la guía de infectología, limpieza, desinfección y esterilización para la época del accidente, así como de elementos de juicio que den cuenta sobre el cumplimiento de las obligaciones de seguridad, luego que la controversia exigía que la carga de la prueba se invirtiera, debiendo las accionadas demostrar la suma diligencia.

Hizo ciertas precisiones sobre las infecciones asociadas a la atención en salud y la pseudomona en particular, para concluir que el paciente ingresó a la IPS sin factores endógenos inherentes que hubieren exacerbado el proceso infeccioso, de ahí que sea dable sostener que la infección se generó de manera exógena, por adquirir el agente infeccioso en el medio hospitalario.

2.5. Alegatos de la parte no recurrente.

2.5.1. El médico **Ramiro Antonio Robles Bernal** resaltó que la prueba pericial del médico Jorge Eduardo Sierra Mejía, demostró que al paciente Jorge Eliécer Gallego Rendón se le aplicó de forma correcta todo el protocolo para el manejo de una herida en la diáfisis del fémur que determina la necesidad de intervenir quirúrgicamente, teniendo en cuenta que durante el periodo de atención del 1 al 30 de mayo no presentó signos de infección; sin que la parte demandante aportara prueba alguna encaminada a establecer que la bacteria pseudomona fue adquirida por el paciente Jorge Eliécer Gallego Rendón durante su estancia hospitalaria en la IPS Clínica San Marcel del 1 al 7 de mayo, o en las atenciones médicas brindadas por él particularmente. Tampoco se comprobó un nexo de causalidad entre su actuar galénico en concreto y la presunta infección asociada a la atención en salud.

2.5.2. El médico **Jaime Alberto Restrepo Manotas** refirió que los demandantes no probaron el nexo causal entre la atención que prestó como ortopedista y el daño alegado, por el contrario, quedó demostrada la debida diligencia y cuidado en el acto médico brindado al paciente Jorge Eliécer Gallego Rendón en la Caja de Compensación Familiar.

2.5.3. La **Caja de Compensación Familiar de Caldas - Clínica San Marcel** hizo un recuento de las atenciones brindadas al señor Jorge Eliécer, acotando que el manejo al interior del quirófano durante el procedimiento de reducción de la fractura de fémur izquierdo, fue conforme al protocolo, efectuándose previamente el proceso de asepsia y antisepsia; se le brindó un tratamiento preventivo y profiláctico para evitar ese tipo de complicaciones, aunado a que el demandante asumió el riesgo de infección inherente a la intervención.

2.5.4. La **EPS SOS** insistió que la atención médica se dio en el marco de un accidente de tránsito, en principio cubierto por el SOAT y posteriormente asumido por la ARL Sura, por tratarse de un accidente de trabajo. Remarcó que el análisis de las atenciones por la parte actora fue aislado, sin relacionarlas e integrarlas entre sí, quedando en evidencia una valoración subjetiva de todas las circunstancias de tiempo, modo y lugar.

Señaló que parte de las complicaciones médicas que afronta el paciente en la actualidad son *“producto del inadecuado manejo que le ha dado éste a las recomendaciones médicas de las cuales ha sido objeto, destáquese que, como primera restricción tenía y tiene a la fecha, la prohibición de andar en moto, no obstante, tal como lo indicó éste en su interrogatorio de parte, así como los demás declarantes rendidos a instancias de la parte actora, éste conduce moto, lo cual, de una u otra manera, ha impedido una adherencia a los tratamientos a éste ordenados y una evolución satisfactoria de todos los esfuerzos médicos y clínicos realizados en pro de su recuperación.”*

III. CONSIDERACIONES

Se encuentran satisfechos los presupuestos procesales en esta acción y realizado el control de legalidad que ordenan los artículos 42 numeral 12 y 132 del Código General del Proceso, no se avizora causal de nulidad o irregularidad que invalide lo actuado u obligue a retrotraer el trámite a etapa anterior.

3.1. Delimitación de la cuestión a resolver.

En atención a los planteamientos que sustentan la alzada y los argumentos que soportan la decisión de primera instancia, el punto de arranque es dilucidar si la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS SOS goza de legitimación por pasiva para demandar de ella una responsabilidad civil derivada de las atenciones médicas recibidas por el señor Jorge Eliécer Gallego Rendón entre el primero y el 7 de mayo de 2010 en la Clínica San Marcel.

Concluido ese aspecto, como quiera que el recurso de apelación descansa en el reproche a la valoración probatoria realizada por el A quo, la labor de la Sala se concentrará en establecer si los medios de convicción acreditan la existencia de los elementos de la responsabilidad civil atribuida a las demandadas Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa - IPS Clínica San Marcel y la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS SOS, por los daños derivados de las fallas en la atención médica brindada al señor Gallego Rendón; y de encontrarse estructurada, se ahondará en lo relativo a la indemnización de los perjuicios y la eventual obligación de los llamados en garantía.

3.2. De la legitimación en la causa por pasiva de la EPS convocada.

La responsabilidad médica se erige sobre el principio general de la responsabilidad civil que enseña que todo aquel que cause a otro un daño injustificado está en la obligación de repararlo; luego si en desarrollo de las actividades dirigidas a la preservación y el restablecimiento de la salud de las personas se ocasiona un perjuicio, este debe ser indemnizado.

En la determinación de la responsabilidad médica, sea contractual o extracontractual, es preciso considerar que por regla general los profesionales de la salud adquieren obligaciones de medio, comprometiéndose a poner toda su diligencia, cuidado, pericia y experiencia en la atención del paciente, acorde con las reglas propias del ejercicio de la medicina y las tecnologías disponibles; a menos que excepcionalmente la prestación se concrete en alcanzar un efecto o consecuencia específica, evento en el cual la obligación será de resultado.

Entonces, para que la pretensión resarcitoria tenga éxito es menester que se demuestre: (i) un comportamiento activo o pasivo que se traduce en un obrar antijurídico imputable subjetivamente a título de dolo o culpa, (ii) el daño padecido y (iii) la relación de causalidad adecuada entre uno y otro; excepto que impere una presunción de responsabilidad, por ejemplo, cuando se contrae una obligación de resultado⁴.

La labor de acreditación, al tenor de lo previsto en el artículo 167 del Código General del Proceso, corresponde en principio al extremo demandante; aunque que eventualmente puede ser repartida entre las partes en virtud de la figura de la carga dinámica de la prueba, para que cada una acredite los hechos que está en mejor posibilidad de demostrar⁵. Correlativamente, para liberarse de responsabilidad el profesional de la salud deberá probar que actuó con la debida diligencia y cuidado; salvo que haya adquirido obligaciones de resultado, en cuyo caso le corresponderá acreditar la existencia de una causa extraña -fuerza mayor o caso fortuito, culpa exclusiva de la víctima o de un tercero- que destruya el vínculo entre su conducta y el resultado dañoso⁶.

Desde luego, no debe perderse de vista que el análisis de esa responsabilidad parte de que la medicina no es una ciencia exacta, su práctica y resultados dependen de diversas variables como la multiplicidad de patologías, la reacción de cada paciente, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, los efectos secundarios, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios y una diversidad de factores de incertidumbre que la tornan imprevisible frente a principios o criterios preestablecidos, por ello solo ***“las fallas ostensibles en la prestación de servicios de esa índole, por acción u omisión, ya sean resultado de un indebido diagnóstico, procedimientos inadecuados o cualquier otra pifia en la atención, son constitutivas de responsabilidad civil, siempre y cuando se reúnan los presupuestos para su estructuración, ya sea en el campo contractual o extracontractual”***⁷ (negrilla fuera de texto).

En el caso concreto, Servicio Occidental de Salud SOS EPS fue convocada en razón de la afiliación del señor Jorge Eliécer Gallego Marín para la época de los hechos y que, acorde con los postulados normativos de la Ley 100 de 1993, le obligaba a *“la prestación de los servicios [de salud] a través de IPS, -propias o externas-, con grupos de práctica profesional o con profesionales independientes, pudiendo adoptar varias modalidades de contratación para ofrecer el Plan Obligatorio de Salud POS a sus afiliados”*⁸, debiendo organizar la forma y mecanismos a través de los cuales el afiliado pueda acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional; definir procedimientos para garantizar el libre acceso a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en

⁴ CSJ, SC 174 de 13 de septiembre de 2002, Exp.6199, citada en CSJ, SC 7110 del 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁵ Ver entre otras sentencias de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia: SC001-2001 del 30 de enero de 2001, rad. 5507; SC del 22 de julio de 2010, rad. 2000-00042-01; SC12449-2014 del 15 de septiembre de 2014, rad. 2006-00052-01; SC2506-2016 del 02 de marzo de 2016, rad. 2000-01116-01, SC7110 del 24 de agosto de 2017, rad. 2006-00234-01.

⁶ Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia: SC 7110 del 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁷ C.S.J. Sentencia SC15746-2014 del 14 de noviembre de 2014. Rad. 11001-31-03-029-2008-00469-01. M.P.: Fernando Giraldo Gutiérrez.

⁸ Sentencia T-1113 de 2002.

cualquier lugar del territorio nacional; y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios suministrados por las instituciones prestadoras de servicios de salud⁹.

Conforme al libelo genitor, la falla en el servicio se configuró por la desidia y falta de oportunidad en la atención del paciente Jorge Eliécer Gallego Rendón, en garantizar el manejo apropiado y tempestivo de la fractura de fémur cerrada que sufrió, y el posterior cuadro infeccioso que adquirió durante la estancia en la Clínica San Marcel debido al inadecuado manejo aséptico de la institución; de donde se deriva la infracción de las obligaciones que tenía la EPS, por la violación de los deberes objetivos de cuidado y prudencia, a la luz de los principios de integralidad, calidad y eficiencia que gobiernan su función aseguraticia.

Al auscultar el cartapacio médico, sobresale que el primero de mayo de 2010 el señor Jorge Eliécer ingresó a la Clínica San Marcel por remisión del Hospital San Marcos de Chinchiná, Caldas, con cuadro clínico por accidente de tránsito, bajo el amparo de la póliza SOAT No. 4489718-2 adquirida con QBE Central de Seguros¹⁰, hasta que se agotó su cobertura por ese siniestro, momento en el que asumió la atención la ARL Sura, extendiéndose a los servicios médicos que con posterioridad recibió en la Clínica de La Presentación¹¹.

De hecho, la liquidación de la reclamación No. 1653278 por parte de QBE Seguros S.A., da cuenta de la afectación de la póliza SOAT tomada por el señor Jorge Eliécer Gallego Rendón, para cubrir los gastos médicos brindados por la Caja de Compensación de Caldas, quien figura como beneficiaria de la reclamación por el siniestro acaecido el 30 de abril de 2010¹².

En esa línea, emana que Servicio Occidental de Salud SOS EPS, así fuera la Promotora de Salud a la que se encontraba adscrito el paciente, no fungió como aseguradora de la prestación galénica brindada al señor Jorge Eliécer entre los días primero y siete de mayo de 2010 en la Clínica San Marcel, pues el amparo devino del SOAT adquirido por la víctima con QBE Seguros S.A., cuyo objeto es el aseguramiento de los daños ocasionados por el acaecimiento de un hecho futuro e incierto, en este caso, el accidente ocurrido durante la conducción del automotor amparado.

Contrario a la opinión de los apelantes, ningún interés en las resultas del litigio surge para la EPS convocada por pasiva, por cuanto no hizo parte de la relación material que dio origen a esta demanda de responsabilidad civil, sobresaliendo una imposibilidad fáctica y jurídica para efectuar un juicio de atribución derivado de la infracción a los deberes objetivos que le asisten como Promotora de Salud en virtud de los principios de integralidad, calidad y eficiencia, y el resultado adverso que se reclama.

En tal sentido, decae el primer embate a la sentencia, debiéndose ocupar la Sala de definir si la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Clínica San Marcel es

⁹ Artículo 178 Ley 100 de 1993.

¹⁰ Fls. 147 a 155, 159, 183, 192 PDF. 10ContestacionDemanda / C01PrimeraInstancia.

¹¹ Fl. 110 y siguientes PDF. 03DemandaYAnexos / C01PrimeraInstancia.

¹² Fl. 149 PDF. 10ContestacionDemanda / C01PrimeraInstancia.

responsable de los daños sufridos por los actores como consecuencia de la falla en los protocolos de seguridad durante la intervención quirúrgica y estancia hospitalaria del señor Jorge Eliécer Gallego Rendón.

3.3. Análisis probatorio de los elementos de la responsabilidad médica en el caso concreto.

Como se indicó en líneas anteriores, los profesionales de la salud por regla general adquieren obligaciones de medio, incurriendo en culpa galénica cuando en la praxis médica omiten los deberes de cuidado, diligencia y pericia en el proceso de prevención, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, dando lugar a un daño en la integridad física o psíquica del paciente.

Pero además de la prestación de los servicios médicos y asistenciales, tales profesionales tienen a su cargo obligaciones de seguridad que les imponen la adaptación de todas las medidas necesarias para que el paciente no sufra ningún accidente durante su estancia hospitalaria o mientras se surten las atenciones galénicas; compromiso que supone la implementación de sistemas de prevención, bajo el cumplimiento estricto de protocolos diseñados para tal fin, entre ellos, señalización, limpieza, esterilización, control de visitas, coordinación de tareas, manejo de residuos orgánicos y contaminantes¹³.

En cualquier caso, es importante que la apreciación del actuar médico no se haga en retrospectiva, sino como un juicio *a priori* de los elementos que tenía a disposición el profesional para emitir su concepto o encauzar su conducta, verbigracia los síntomas informados por el paciente, los advertidos en la valoración clínica y los obtenidos a partir de los exámenes y ayudas diagnósticas, entre otros; porque, lo resalta la Corte, “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”¹⁴.

Como se sabe, en el *sub judice* la reclamación se afincó en el supuesto error en los protocolos de seguridad durante la atención brindada a Jorge Eliécer Gallego Rendón entre el primero y el siete de mayo de 2010, que llevó a que el paciente adquiriera una infección intrahospitalaria, dándose el alta sin previo diagnóstico y manejo terapéutico del cuadro infeccioso, pese a los signos de inoculación que presentaba, conllevando diversas secuelas en su aparato musculoesquelético que disminuyeron su capacidad laboral y afectó su entorno familiar y social.

Para dilucidar si en efecto se incurrió en la culpa enrostrada, se empieza por auscultar en lo pertinente el cartapacio médico adosado, prueba documental que según los demandantes, no fue valorada en debida forma por el juez, reparo que pronto se advierte, carece de sustento, porque la historia clínica en modo alguno revela una mala praxis o al menos elementos que permitan colegir que las secuelas padecidas por el demandante tuvieron lugar por el mal manejo de los protocolos de seguridad, esterilización, asepsia y antisepsia, y la ausencia de diagnóstico e

¹³ Consúltese la sentencia C.S.J. SC-003 del primero de febrero de 1993, rad. 3532. GJ T. CLXXX. Página 421.

¹⁴ C.S.J. SC de 26 de noviembre de 2010. Exp. 08667, reiterada en CSJ SC de 28 de junio de 2011, Rad. 1998-00869-00 y CSJ SC 3253 del 4 de agosto de 2021, M.P. Álvaro Fernando García Restrepo.

implementación de un tratamiento adecuado para tratar la infección que presuntamente adquirió durante la estancia hospitalaria; conclusión que corroboró la única prueba técnica médica que se practicó en el proceso.

Según el registro de la Clínica San Marcel, el paciente ingresó el primero de mayo de 2010, remitido del Hospital San Marcos de Chinchiná con un cuadro clínico de aproximadamente 20 horas de TEC moderado y fractura de diáfisis de fémur izquierdo completa y desplazada, secundario a accidente de tránsito, por lo que se dispuso su hospitalización, retiro de vía oral, suministro de líquidos (LEC SSN 100 CC cada hora) y dipirona 2 GR IV cada 6 horas diluidos en 10 CC, sonda vesical a cistoflo, paraclínicos e imágenes diagnósticas, e interconsulta con urología y ortopedia.

El ortopedista Jaime Alberto Restrepo Manotas llevó a cabo su valoración en esa misma data, concluyendo que la fractura requería manejo quirúrgico con *“CLAVO IMB FÉMUR TIPO UFN 1 SET COMPLETO. TRAER SET COMPLETO. TRAER LFN OPCION. PLACA LCP 4,5 1 UNO SET COMPLETO, BLOQUEO TORNILLOS DE 4,5 MM 12 DOCE”*, procediéndose con la solicitud de los insumos a Toro Médicas para poder programar la cirugía al día siguiente.

El 3 de mayo a las 18:00, después de que el día anterior no fuera posible practicarla, pese a encontrarse programada, porque la *“sala de cirugía se encuentra ocupada con paciente de neurocirugía, procedimiento que según anesthesiólogo (Dr. Zuluaga) puede demorar cinco horas”*, previa firma del consentimiento informado donde se le comunicó como posibles riesgos quirúrgicos infección, hemorragia, necrosis, entre otros¹⁵ y verificación del protocolo de seguridad y esterilización¹⁶, se llevó a cabo la reducción abierta y osteosíntesis de la fractura de fémur diafisaria, describiéndose los hallazgos operatorios como *“ASEPSIA ANTISEPSIA CAMPOS QX PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INCISIÓN PROXIMAL SE HACE DISECCION POR PLANOS HASTA ZONA DE TROCANTER MAYOR GUIA (sic) INICIADORA SE HACE PASO DEREAMERS HASTA 11,5 Y SE PASA CLAVO 11X40 SE HACE BLOQUEO DISTAL Y PROXIMAL Y SE CIKERRA POPR PLANOS.”*, y ordenándose para su posoperatorio *“LLEV 2000 CC PARA 24 HORAS, CEFRADINA 1 GR M IV CADA 6 HORAS, DIPIRONA 2 GRS IV LENTO DILUIDO PASAR EN 20 MINUTOS, MORFINA 4 MGRS IV CADA 12 HORAS, RX DE CONTROL FÉMUR, CH DE CONTROL MAÑANA, CSV CADA 4 HORAS POP, AVISAR CAMBIOS”*.

Las anteriores notas galénicas se correlacionan con la glosa de enfermería que refiere *“17+30 INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE CX EN CAMILLA CON LEV PERMEABLES EN MSD, TIENE FERULA DE YESO EN MII. SE UBICA EN CAMILLA Y SE MONITORIZA. TA 108/67 FC 113* MIN SAT 93%., 17+40 INICIA INDUCCION (sic) DE ANESTESIA POR EL DR ZULUAGA. SE LE COLOCA A PACIENTE TOT NO. 8.0. 18+00 INICIA CX POR EL RESTREPO Y EL DR ROBLES. PREVIO LAVADO DEL AREA QX CON ISODINE EPUMA E ISODINE SOLUCION. SE LE ADMINISTRA AL PACIENTE: 2 AMP DE CEFAZOLINA IV, 3 AMP DE DIPIRONA EN LEV, 1 AMP DE DEXAMETASONA IV, 0.5 MG DE MORFINA SC. 20+15 TERMINA CX. QUEDAN HX QX SUTURADAS CUBIERTAS CON APOSITOM + MICROPORE. SE RETIRA TOT Y SE TRASLADA PARA EL SERVICIO DE RECUPERACION (sic). EN COMPAÑIA DE LA ANESTESIOLOGA (sic). 20+20 INGRESA PACIENTE A RECUPERACION (sic) BAG, SOMNOLIENTO, CON HX QX CUBIERTAS.*

¹⁵ Fls. 197 a 198 PDF. 10ContestacionDemanda.

¹⁶ Fl. 201 PDF. 10ContestacionDemanda.

TA 121/81 FC 83 MIN SAT 93%. 20+50 PACIENTE QUE REFIERE MUCHO DOLOR .SE LE ADMINISTRA POR ORDEN DE LA DRA 0.5 MG DE MORFINA SC. 21+00 INICIA TRANSFUSION (sic) SANGUINEA. 1 UNIDAD. NO. DE BOLSA 1031041402. PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACION (sic). TA 102/73 FC 75 * MIN SAT 99%. 22+00 SE TRASLADA PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION (sic) EN COMPAÑIA DE LA AUXILIAR. LLEVA HX QX CUBIERTA CON APOSITO + MICROPORE. LLEVA LEV PERMEABLES Y 1 UNIDAD DE CONCENTRADO GLOBULAR. LLEVA HC COMPLETA. PENDIENTE RX DE CONTROL Y TRANSFUNDIR 2 UNIDAD.”*

Ese mismo día, en valoración posquirúrgica por parte de la médica general Paula Andrea Arboleda Orozco se corroboró que el paciente se encontraba en aceptables condiciones generales, afebril, hidratado, sin signos de dificultad respiratoria, dolor leve a nivel de la herida quirúrgica, la cual muestra un apósito impregnado de sangre, sin sangrado activo para ese momento.

Durante los días 4, 5, 6 y 7 de mayo, el paciente reportó buenas condiciones generales sin signos de complicación, déficit neurológico y dificultad respiratoria, con una herida quirúrgica cubierta con apósito más micropore impregnado de material seroso y/o hemático, hematoma o equimosis alrededor de la herida, y edema con buena perfusión distal; situación que a criterio de los médicos de turno y los ortopedistas Restrepo Manotas y Robles Bernal, daba cuenta de un edema de área operatoria en fase resolutive positiva, herida quirúrgica limpia y seca, extremidades con adecuada perfusión distal sin alteraciones, buena evolución y sin signos de infección; por consiguiente, se dispuso su alta hospitalaria por ortopedia con signos de alarma e indicaciones de autocuidado, control por esa especialidad en una semana, incapacidad por 30 días, entre otros.

Los días 11, 15, 18 y 20 de mayo se le realizaron curaciones por parte del equipo de enfermería, denotándose salida de abundante material purulento no fétido, se realizó drenaje, se limpió con solución salina y se cubrió con micropore; situación que varió en las curaciones efectuadas los días 24, 28 y 31 de mayo, y 3 y 5 de junio, donde se evidencia en algunas material serohemático y en otras sin salida de ningún material, bordes de la herida levemente enrojecidos, poco edema y equimosis en cara interna del muslo.

Los días 18 y 30 de mayo también fue valorado por dos galenos, quienes observaron al paciente álgido, afebril, hidratado, sin dificultad respiratoria, con herida quirúrgica en muslo izquierdo cubierta con apósito, leve edema sin signos de infección, no pus y no eritema, disponiendo manejo farmacéutico del dolor, estilo de vida saludable y control con ortopedia, dando recomendaciones y signos de alarma.

Hasta aquí, no se advierten elementos de juicio sólidos para colegir que el proceso infeccioso que cursó el señor Jorge Eliécer es atribuible a un actuar culposo de la IPS que lo atendió, pese a que se trataba de un riesgo inherente a la intervención quirúrgica, tal y como se le dio a conocer en su momento por parte de los profesionales de salud, como quiera que las atenciones brindadas lucen acordes con los protocolos en materia de seguridad, y adecuadas para dar manejo a las particularidades de su politraumatismo.

La Clínica desplegó una serie de acciones seguras para llevar a cabo la intervención quirúrgica con estricto cumplimiento de medidas de seguridad, asepsia y antisepsia con el fin de minimizar el riesgo de infección del paciente, como se desprende de la lista de chequeo que elaboró y que permite entrever que dispuso tratamiento profiláctico, realizó la marcación del área quirúrgica, constató las condiciones de ayuno pertinentes, verificó la existencia de alergias, el cumplimiento del protocolo según la cirugía, la esterilización completa del material quirúrgico; además de que confirmó la identidad del paciente, informó los derechos del usuario y las particularidades del procedimiento al que iba a ser sometido; circunstancias que también anotó el equipo galénico a lo largo del historial médico.

La ausencia de complicaciones posoperatorias refuerzan que el actuar médico mientras duró su estancia hospitalaria fue adecuado, como se desprende de las diferentes valoraciones galénicas que se realizaron durante ese lapso y que, a diferencia de lo considerado por los demandantes, guardan congruencia entre sí y con las anotaciones del equipo de enfermería, mostrándose un paciente con buena recuperación, signos vitales estables, sin déficit neurológico y respiratorio, que si bien refería dolor y mostraba salida de material seroso, edema y equimosis de la herida quirúrgica, ello no era extraño para su proceso de recuperación.

La salida de material seroso y la presencia de edema y equimosis alrededor de la herida, siempre estuvo bajo vigilancia al pendiente de cambios significativos en su condición clínica y estado general, llevándose a cabo los drenajes y curetajes a que había lugar, los cuales también se desarrollaron bajo directrices de seguridad, asepsia y antisepsia, sin evidenciarse ninguna complicación o signos de alarma que dejaran entrever que se encontraba en curso un proceso infeccioso, como lo son fiebre, taquicardia, dificultad respiratoria, letargo o malestar general, razón por la cual, obtuvo el alta hospitalaria el 7 de mayo.

En el manejo posterior tampoco hay indicios de impericia, toda vez que se continuaron los drenajes y curetajes por parte de profesionales de enfermería, y fue valorado por dos médicos adicionales quienes confirmaron los hallazgos de los especialistas que lo intervinieron y los médicos de turno durante su estancia hospitalaria, esto es, una herida quirúrgica sin signos de infección, lo cual una vez más se acompasaba con las buenas condiciones generales de salud que aparentemente mostraba.

Si bien el equipo médico de la Clínica de La Presentación, IPS a la que acudió el paciente con posterioridad al egreso hospitalario de la Clínica San Marcel, esto es el 8 de junio de 2010, refiriendo dolor intenso, fue categórico en precisar que el diagnóstico definitivo era una “infección quirúrgica”, estableciendo un manejo antibiótico con lavados, curetajes, drenajes, extracción del material de osteosíntesis del fémur izquierdo insertado en la intervención llevada a cabo el 3 de mayo anterior, y secuestrectomía¹⁷; ello no revela que en las atenciones brindadas en la Clínica demandada se hubieren desatendido los protocolos de seguridad y esterilización que diera pie a la colonización bacteriana adquirida en su estancia hospitalaria, o que durante el posoperatorio, no se hubiere dado cumplimiento estricto a las

¹⁷ Fls. 109 a 828 PDF. 03DemandaYAnexos / C01PrimeraInstancia.

obligaciones de asepsia y antisepsia que hiciera más propensa la infección de su herida quirúrgica.

Tampoco da pie a concluir que mientras estuvo ingresado en la Clínica San Marcel hubiere presentado signos de infección o síntomas externos, de tal manera que el equipo especializado pudiera arribar a ese diagnóstico desde ese entonces y así implementar un manejo terapéutico temprano para que no se desglosaran las complicaciones que soportó y evitar las secuelas irreversibles que a hoy lo aquejan.

Así lo explicó y confirmó el perito Jorge Eduardo Sierra Mejía, médico cirujano con supraespecialidad en cirugía reconstructiva y del reemplazo articular de cadera y rodilla y participante de múltiples congresos internacionales acerca de prevención y mitigación de riesgo de infección prequirúrgica en reemplazos articulares y suplemento material, quien fue amplio, claro, preciso, detallado y contundente en la evaluación que le realizó a la historia clínica y la evolución de Jorge Eliécer Gallego Rendón, desentrañando cada uno de los cuestionamientos que le hizo la parte demandante al actuar de la IPS convocada, explicando que “[u]na fractura de fémur cerrada tiene más riesgo de infección según los tejidos blandos que por lo general están edematizados y con hematomas de gran tamaño, que a su vez favorecen el riesgo de infección tscherne c2 ; el sangrado en estas fracturas es mayor y llevan a necesidad de transfusiones previo, durante o después del procedimiento lo que aumenta el riesgo de infección (ref 3)ASOCIADO A ESTO UN HEMATOMA CONTENIDO EN UN PACIENTE CON BACTEREMIA SECUNDARIO A MANIPULACION DE VIA URINARIA CON TRAUMA RENAL Y GRAM DESCRITO COMO POSITIVO PARA ACILO GRAM NEGAIVO ES UN FACTOR DE CAUSA DE INFECCION Y EL TIPO DE INFECCION (sic) PUEDE SER TARDIA (sic) POR LA CAPACIDAD DE GENERACION (sic) DE BIOFILM DE LA BACTERIA Y SU MECANISMO DE CONFIGURACION PLANTONICA QUE REQUIERE Y RESPONDE A MECANISMO DE QUORUM SENSING COMO MODELO (3)(4) (...)”;

además el procedimiento quirúrgico para tratar una lesión como esta, conlleva riesgos de “infección, dolor crónico, pérdida de función, lesión de vaso sanguíneo, nervio o tendón, necesidad de re-intervenciones, mala unión, no unión, acortamiento de extremidad, falla del material, sangrado, amputación y muerte”¹⁸.

Anotó que no es factible considerar una relación causa efecto de proceso infeccioso con una bacteria pseudomonariginosa, la espera de un día que soportó el paciente para que fuera intervenida su fractura de fémur, aunado que “[l]a herida quirúrgica en un paciente con fractura de fémur se clasifica como una herida limpia contaminada, no puede ser limpia ya que la clasificación de una herida limpia tiene como característica una ausencia de inflamación y edema lo cual no es posible en una fractura de fémur por un trauma de alta energía que se requiere para ocasionar este tipo de fractura.”¹⁹; punto que explicó con mayor profundidad en la sustentación de la experticia ante el a quo, en el sentido que todo proceso inflamatorio en el cuerpo que puede durar 1, 2 o más semanas posteriores al evento traumático y conllevar una contaminación secundaria, y así se trate de una fractura cerrada, el hueso sangra de 1.000 a 1.200 cm, que puede corresponder al 20 o 30% de la volemia de sangre en el cuerpo, por lo que es completamente normal que el paciente presente una secreción sanguinolenta en área, que de ninguna manera debe confundirse con un proceso infeccioso, sobre todo uno por pseudomona aeruginosa, que se presenta con una

¹⁸ Fls. 18 a 19 PDF. 88AportaDictamen / C01PrimeraInstancia.

¹⁹ Fl. 19 PDF. 88AportaDictamen / C01PrimeraInstancia.

coloración amarillenta supremamente fétida, descrita en la literatura médica como “olor a ratón mojado”; que por demás representaría un compromiso general temprano del paciente, por tratarse de *“una bacteria que es un gran negativo y los gran negativos dentro de su forma de actuar producen gran cantidad de toxinas que afectan la economía del paciente inicialmente (...)”*.

Esbozó que el hallazgo de la pseudomona aeruginosa por parte del equipo médico de la Clínica de La Presentación no comprueba *per se* el incumplimiento del protocolo en la Clínica San Marcel, tanto así que después de tres o cuatro procedimientos quirúrgicos a los que se sometió el paciente en esa entidad, también se halló un staphylococcus epidermidis, evento que corrobora que cualquier ingreso a una sala de cirugía y la práctica de un procedimiento conlleva un factor de riesgo considerable. Añadió que el actuar exigible al médico tratante está ligado a la toma de medidas de prevención y mitigación del riesgo de infección, las cuales fueron efectivamente implementadas en el caso particular.

Refirió que los riesgos de infección inherentes a cualquier cirugía fueron mitigados con las medidas de seguridad adoptadas por los especialistas tratantes, quienes practicaron el procedimiento en una sala de cirugía bajo las medidas y condiciones adecuadas, suministraron profilaxis antibiótica previa a la cirugía con una dosis de 2 gr de cefaxolina intravenosa, ideal para ese tipo de fracturas, y cefradina intravenosa con dosis de 1 gr cada 6 horas para el proceso posoperatorio; e implementaron un procedimiento de asepsia y antisepsia en el sitio quirúrgico con isodine espuma e isodine solución, de ahí que no existan razones para presuponer que la complicación que sufrió el paciente fue por un acto de inoculación bacteriana directa; concluyendo que *“[l]as infecciones posteriores a un procedimiento quirúrgico en ortopedia tiene múltiple causalidad, por lo cual, se deben tomar todas las medidas asépticas durante el procedimiento, dar una profilaxis antibiótica previo a un procedimiento para disminuir el riesgo de infección, sin embargo, no es posible reducir en su totalidad es decir en un 100% el riesgo de infección. El estado de los tejidos blandos, las lesiones asociadas, las comorbilidades o antecedentes del paciente como enfermedades autoinmunes, diabetes o uso de cigarrillo; los procedimientos que se requieren para el manejo integral como otras cirugías, necesidades transfusionales, manipulación de la vía urinaria como sondas urinarias, aumentan el riesgo de infección aún más en paciente con germen demostrado en un gram de inicio de la atención previo a cualquier procedimiento quirúrgico.”*²⁰

En resumen, el registro clínico no revela negligencia, imprudencia, impericia o inobservancia de los protocolos en la atención médica del señor Jorge Eliécer Gallego Rendón durante su permanencia en la Clínica San Marcel; antes bien, hay certeza de que las técnicas aplicadas en la cirugía, la observancia de los protocolos de seguridad, asepsia y antisepsia, el cuidado con el material y elementos quirúrgicos usados, la colocación de vestimenta esterilizada al paciente, el lavado del sitio quirúrgico, la administración del antibiótico profiláctico y el sostenimiento del mismo durante el posoperatorio, las curaciones y limpiezas hechas a la herida, los diversos drenajes y lavados, la vigilancia a su evolución, la valoración y apoyo de varios profesionales en su recuperación, fue el tratamiento idóneo para la fractura cerrada de fémur que presentaba, así como frente a la salida de material seroso de

²⁰ Fl. 24 PDF. 88AportaDictamen / C01PrimeraInstancia.

la herida quirúrgica, en tanto que esta no manifestaba ninguna circunstancia que llevara a sospechar el desarrollo de un proceso infeccioso por colección sanguínea.

Aunque el escrito perceptor pareciera sugerir que la salida de ese material sobrevino a consecuencia de una infección adquirida en el ámbito hospitalario, o que existiendo el mismo se infectó con una bacteria intrahospitalaria -pseudomona aeruginosa-, ello no se colige de la historia clínica aportada, ni siquiera de la construida por la Clínica de La Presentación, que pese a que el 8 de junio de 2010 se diagnosticó al paciente con una infección en sitio quirúrgico, porque tal veredicto carece de virtualidad para deducir que el proceso infeccioso derivó de falencias en las atenciones médicas dispensadas en la Clínica San Marcel.

Se equivocan los recurrentes al sostener que el perito no tomó en consideración el vademécum clínico de las atenciones surtidas por la Clínica de La Presentación, porque sí lo hizo, derribando por completo la tesis que defiende la parte activa con argumentos sólidos que se acompasan con lo consignado en los documentos clínicos, pues tras explicar su criterio sobre el proceso clínico del señor Jorge Eliécer, ultimó que el hallazgo de la bacteria no acredita ninguna omisión del equipo galénico que lo atendió en la Clínica San Marcel en lo que se refiere a las medidas de prevención y mitigación de riesgos, y si bien ante un paciente con una inmunidad alterada, como lo es aquel que sufrió un politraumatismo, se puede tener una respuesta tardía a un proceso infeccioso, lo cierto es que lo que marca el actuar galénico ante una sospecha de un cuadro infeccioso es la sintomatología general que presenta el paciente -fiebre, taquicardia, compromiso aforético, estado séptico-, signos que en ningún momento presentó el susodicho, de tal suerte que no era exigible para los especialistas ahondar en una complicación de esa índole; elucubraciones que dejan sin sustento suasorio la culpa atribuida a la Clínica San Marcel.

También se reniega que la demandada no hubiere probado la 'guía de infectología, limpieza, desinfección y esterilización para la época del accidente', pese a que ello se encontraba en su poder; sin embargo, tal anotación no resulta suficiente para comprobar una falla en el protocolo de seguridad, asepsia y antisepsia que rige a toda atención intrahospitalaria, y que esta a su vez, haya desencadenado las secuelas hoy padecidas por el promotor; como para erigir una responsabilidad civil médica en cabeza de los demandados, pues se requieren de medios de convicción que así lo sostengan.

Sobresale entonces la ausencia de elementos de juicio que conecten el daño consistente en alteraciones funcionales en su sistema musculoesquelético, y un proceso infeccioso de orden nosocomial atribuible a una falla médica, no lográndose desvirtuar que la causa de las secuelas fue un cuadro infeccioso producido por un hematoma o colección sanguínea, riesgo inherente e informado al paciente, que lo pudo originar la inmunidad alterada por el politraumatismo, el trauma quirúrgico, un factor endógeno del paciente debido al trauma vesical que también sufrió y que conllevó a múltiples manipulaciones vesicales; variables que escapan al manejo preventivo y mitigador impartido por la IPS; aunado a que tampoco quedó decantado que el equipo médico hubiere pasado por alto signos de alarma de infección que impidió arribar a un diagnóstico oportuno sobre la colonización bacteriana y por consiguiente, a la implantación de la medida terapéutica pertinente.

En este punto es importante precisar que, aunque las obligaciones de seguridad han sido consideradas como de resultado, derivando en que una vez se demuestra que no se cumplió la finalidad de los sistemas de seguridad y prevención adoptados por los profesionales de la medicina, les es atribuible jurídicamente una responsabilidad civil; dicha regla no opera de forma absoluta e inmediata cuando se trata de infecciones adquiridas en ámbito hospitalario, *“cuyo control ha fracasado hasta la fecha a nivel mundial, de donde resulta evidente que la aleatoriedad del resultado indeseado de que el paciente adquiera una enfermedad intrahospitalaria constituye un evento que puede escapar al control de la entidad nosocomial.”*²¹; de ahí que la Sala de Casación Civil considere doctrina probable entender que *“la obligación de seguridad a cargo de centro de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores de riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.”*²².

Para la Sala, el extremo activo no fue diligente al momento de desvirtuar las circunstancias aludidas, sino que se limitó a aportar el historial médico, bajo el argumento que la impericia de la Clínica se constata por el solo hecho de la colonización bacteriana con una bacteria de clasificación nosocomial, sin esforzarse en adosar experticias que comprobaran fallas durante el procedimiento médico y el proceso posoperatorio o transgresiones al protocolo hospitalario, o por lo menos, en objetar los elementos de juicio presentados por la demandada y llamados en garantía a fin de restarles mérito probatorio; actuar pasivo que da más firmeza a la inexistencia de culpa.

La actividad probatoria que le exige el ritual procesal a los convocantes debe ser lo suficientemente extensa y profunda para que logre llevar al juzgador al convencimiento de que el daño producido no tiene un origen más allá que la causa que se defiende en la demanda; en la medida que no es posible concebir una responsabilidad por acto médico cuando en el tintero quedan dudas sobre la raíz de lo reclamado, como justamente sucede en el *sub examine*.

En suma, el análisis precedente lleva a la Sala a concordar con el a quo en cuanto a la ausencia de prueba de culpa atribuible al personal de la Clínica San Marcel que derivara en la colonización bacteriana de naturaleza nosocomial, excluyendo cualquier responsabilidad civil de la demandada y una prestación en cabeza de los llamados en garantía.

3.4. Conclusión. La sentencia objeto de apelación será confirmada, dada la falta de prueba de los elementos axiológicos que dan origen a la obligación resarcitoria.

Subsecuentemente se condenará en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de la parte pasiva, por haberse resuelto de manera desfavorable su recurso y encontrarse causadas por la intervención activa de los convocados en el trámite de la apelación (artículo 365 numerales 1 y 8 C.G.P.).

²¹ C.S.J. SC 2202-2019 del 20 de junio de 2019. Rad. 05001-31-03-004-2006-00208-01 M.P. Margarita Cabello Blanco.

²² Ibidem.

V. 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 el 21 de febrero de 2023 por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Manizales, en el proceso verbal de responsabilidad médica promovido por Jorge Eliécer Gallego Rendón, Mariluz Marín Montoya, Dayana Gallego Marín y la menor Melany Gallego Marín contra la Caja de Compensación Familiar de Caldas - Confa - IPS Clínica San Marcel y la Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS SOS; trámite al que fueron llamados en garantía los galenos Jaime Alberto Restrepo Manotas y Ramiro Antonio Robles Bernal.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de segunda instancia a la parte demandante en favor de la demandada y los llamados en garantía.

Por Secretaría, **DEVUÉLVASE** oportunamente el expediente al juzgado de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA

Magistrada Ponente

ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

Magistrada

(Ausencia justificada)

ÁLVARO JOSÉ TREJOS BUENO

Magistrado

Firmado Por:

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

Alvaro Jose Trejos Bueno
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 9 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: **700d3dccc2afdcc339a5f41b509d85e8d5d196a7ffa834cb49b89359071110f**

Documento generado en 26/09/2023 10:59:53 AM

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