

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Magistrada Ponente
SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

Radicado: 17380-31-12-002-2022-00568-01

Aprobado por Acta No. 071

Manizales, diecinueve (19) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante frente a la sentencia emitida el 3 de agosto de 2023 por el Juzgado Primero Civil del Circuito de La Dorada, Caldas¹, dentro del presente proceso verbal de responsabilidad civil médica promovido por William Antonio de la Torre Murillo, Zaida Montoya Congote, Maik Jhonatan y Nik Alejandro de la Torre Montoya² contra la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. y Miguel Enrique Bustillo Jaeckel.

II. ANTECEDENTES

A. DE LA DEMANDA.

Los demandantes solicitaron declarar que los convocados son civil y solidariamente responsables de los perjuicios materiales e inmateriales sufridos por la “imperita, imprudente, negligente, defectuosa y deficiente atención médico-quirúrgica” suministrada en la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. por el galeno Miguel Enrique Bustillo Jaeckel, al señor William Antonio de la Torre Murillo.

En sustento, reseñaron que el 10 de diciembre de 2011, William Antonio de la Torre Murillo tuvo un accidente de tránsito que le causó múltiples traumas³, por lo que fue trasladado al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital de la Cruz de Puerto Berrio, Antioquia; institución en la que el médico de turno identificó politraumatismo y fractura de tibia y peroné del miembro inferior derecho, razón por la cual, ordenó remitirlo a valoración por ortopedia.

¹ El proceso solo fue remitido a esta Corporación hasta el 1° de noviembre de 2023.

² Paciente, compañera e hijos, respectivamente.

³ El suceso, según el escrito de la demanda, ocurrió “en la vía que del municipio de Cisneros conduce al municipio de Puerto Berrio en el Departamento de Antioquia”, cuando la motocicleta que iba conduciendo William Alberto de la Torre Murillo “fue colisionada por un automóvil”.

La remisión se practicó el mismo día a la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. de La Dorada, Caldas, y allí fue evaluado por el ortopedista Miguel Enrique Bustillo Jaeckel, quien consignó en la historia clínica: “paciente quien sufre trauma directo en rodilla derecha y escoriaciones en cara al caer de moto como conductor en accidente de tránsito” (sic) y describió: “[e]l miembro inferior derecho presenta una deformidad marcada con aumento de volumen y equimosis en la cara antero lateral de la rodilla izquierda con un punto de sutura de aproximadamente 5 cm en el tercio proximal de la región metafisaria de la tibia con exposición ósea y sangrado moderado, contaminación con material vegetal y arena, buena perfusión distal, no existe déficit neurológico aparente, pulso pedio y tibial posterior conservado, moviliza los artejos con dificultad, imposibilidad para todos los movimientos de la rodilla por dolor y deformidad” (sic). Por tanto, ordenó tratamiento con analgésicos venosos y solicitó radiografía; imagen diagnóstica, a partir de la cual programó cirugía. La intervención se practicó el 12 de diciembre de 2011 y consistió en “una reconstrucción capsulo ligamentaria con una estabilización de la luxación posterior de la rodilla, utilizando un fijador o tutor externo aparentemente por la inestabilidad de la rodilla” (sic).

Con la anterior conducta, afirmaron los demandantes, el médico especialista actuó con imprudencia, pues, “inmediatamente llegó el paciente a la clínica”, ejecutó “un procedimiento quirúrgico de reparación de los ligamentos cruzados, de los meniscos y demás lesiones de estructuras afectadas sin realizar previamente una serie de lavados quirúrgicos, de aplicarle antibióticos venosos y de realizar una vigilancia estrecha de la evolución para evitar una artritis séptica y/o una infección de los tejidos ya que la herida estaba contaminada con tierra y era previsible y prevenible una infección” (sic). También obró con negligencia, al darle alta hospitalaria “sin realizar un seguimiento por consulta externa, sin hacerle un seguimiento, dejándolo a la deriva, sin dar continuidad al tratamiento”; de hecho, solo le prescribió analgésicos y antibióticos orales, “sin tener en consideración que tenía alto riesgo de presentar una infección debido a que las heridas que sufrió en el accidente de tránsito fueron contaminadas por tierra y material vegetal [...] por lo cual requería lavados quirúrgicos, antibióticos venosos y vigilancia estrecha de la evolución” (sic). Aunado, el profesional ejerció con impericia, porque, conforme la historia clínica “el procedimiento quirúrgico que le realizó al paciente no fue eficaz ni adecuado, ya que debieron de operarlo de nuevo en otra institución”.

Agregaron que la atención prestada en la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. cesó por la finalización de la cobertura del SOAT, de modo que, solo hasta el 2 de febrero de 2012, el paciente consiguió cita de control con ortopedista, pero en la E.S.E Hospital de la Cruz de Puerto Berrio, Antioquia; evaluación en la que el médico lo encontró “con dolor y limitación en arcos de movimiento en la articulación de la rodilla”, le prescribió analgésicos, ordenó sesiones de fisioterapia e hizo recomendaciones sobre cuidados en casa.

Después, el 22 de marzo de 2012, nuevamente consultó por la misma especialidad, esta vez en la IPS Saludinver S.A.S.; valoración en la que se ratificó el hallazgo de “dolor y limitación en arcos de movimiento en la articulación de la rodilla”. En el siguiente control realizado el 12 de abril de 2012 en la referida institución, el especialista señaló que el paciente “presentaba signos de una osteomielitis crónica, por lo cual ordenó que se realizara una Gammagrafía ósea y otros exámenes de diagnóstico para determinar el procedimiento a seguir” (sic), cuyo resultado fue “compatible con compromiso inflamatorio y/o infeccioso activo a nivel de articulación de la rodilla y tercio proximal de la tibia derecha”, al igual que “compromiso inflamatorio en el tobillo y tarso derechos”; hallazgos que “confirmaba[n] la sospecha clínica de un proceso infeccioso a nivel articular del miembro inferior derecho”.

Con base en estas evidencias, lo remitieron a la IPS Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta de Puerto Berrio, Antioquia y allí fue hospitalizado “para iniciarle tratamiento con antibióticos venosos para la osteomielitis crónica que presentaba y para programarle cirugía para retirar el material de fijación externo que le había sido colocado” (sic). Durante su estancia y previo a la cirugía, le ordenaron una “resonancia magnética nuclear” que reportó “una lesión de los ligamentos cruzados y de los meniscos”; de ahí que, según los demandantes, “el tratamiento y procedimiento médico quirúrgico anotado en la historia clínica de la CLÍNICA DE FRACTURAS VITA no fue realizado adecuadamente, configurándose así otro error del médico ortopedista, doctor MIGUEL ENRIQUE BUSTILLO JAECKEL”.

Entonces, destacaron que, “como consecuencia de la infección y complicaciones sufridas luego de la intervención quirúrgica” realizada en la clínica demandada, el paciente “ha tenido que someterse a múltiples hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas siendo incapacitado laboralmente durante más de SEIS (6) meses” (sic); precisando, por tanto, que de haber tenido “una adecuada atención médico quirúrgica [...], no hubiera padecido el cuadro infeccioso y su recuperación hubiera sido la adecuada evitándose el padecimiento, las molestias, incomodidades, malestar y dolor producidos (...)” (sic).

Por último, expusieron que William Antonio de la Torre Murillo presenta como secuelas definitivas, “una perturbación del órgano de la locomoción, un dolor crónico y una pérdida de la capacidad laboral y ocupacional”; disminución calificada en 22,45%. Aunado, destacaron que esas afecciones le causaron perjuicios patrimoniales. Igualmente, tanto él, como su compañera e hijos, sufrieron temor, tristeza, congoja, angustia, por todo lo sucedido.

B. DE LAS CONTESTACIÓN.

Dentro del término de traslado, la parte demandada guardó silencio.

C. DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

Mediante fallo del 3 de agosto de 2024, el juez *a quo* negó las pretensiones, al no acreditarse la culpa en la atención médica ni el nexo de causalidad entre esta y el daño.

Así, frente a la culpa, señaló que el diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y las recomendaciones post operatorias, estuvieron conforme a la *lex artis*. En tal sentido, memoró que el profesional que recibió al paciente en la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. lo diagnosticó con: “luxación de la rodilla derecha, fractura de la epífisis superior de la tibia, desgarro de los meniscos presente”, estableció como plan de manejo: “toma de RX de rodilla derecha” y tras el resultado, ordenó “hospitalizar al paciente, iniciar analgesia, antibióticos, etanol y preparar para un lavado y desbridamiento inicial de la herida metafisiaria y una reducción provisional de la luxación posterior de la rodilla” (sic); procedimientos que, destacó, se realizaron con el consentimiento informado de la compañera del herido, a quien se le previno, entre otros riesgos, sobre la osteomielitis. Aunado, señaló que el manejo fue adecuado, en tanto que el mayor o menor tiempo entre el lavado y la cirugía, es discrecional del médico tratante, quien, de cara a la lesión, verifica si hay o no evidencia de infección, la cual, agregó, era “inherente al caso complejo del paciente”.

Entretanto, respecto al nexo causal, indicó que, desde el acaecimiento del accidente de tránsito, la herida estuvo expuesta y pudo contaminarse con arena y material vegetal, sin que sea posible establecer el momento en que se generó la **osteomielitis** y mucho menos, concluir que esta sea consecuencia directa de la cirugía. Luego, frente a la **gonartrosis secundaria al trauma**, por la que se definió la pérdida de capacidad laboral del paciente, explicó que, conforme a los dictámenes periciales practicados, es posible que la misma tenga origen en la misma lesión, la cual fue de nivel KD5, es decir, la más severa.

D. DEL RECURSO DE APELACIÓN.

Los demandantes impugnaron el veredicto de primer grado, arguyendo que sí se demostró la culpa y el nexo causal, pues, según los protocolos, cuando una lesión abierta esta contaminada con tierra y material vegetal, “se deben de realizar varios lavados quirúrgicos y desbridamiento de los tejidos contaminados”; de ahí que, insistieron, el especialista demandado actuó, tanto de manera imprudente al confiarse “en una apreciación subjetiva de que luego del primer lavado que él realizó, los tejidos quedaron limpios - por lo cual no realizó más lavados quirúrgicos- lo cual favoreció el crecimiento de las bacterias que ocasionaron la osteomielitis (...)” (sic), como negligente, “ya que realizó la reconstrucción de los tejidos y la estabilización de la fractura luego de realizar solo un lavado quirúrgico, sin verificar la ausencia de material contaminado, sin verificar los signos de infección” (sic). También insistieron en el carácter prematuro del alta hospitalaria, “sin darle instrucciones y/o signos de alarma, sin darle cita para revisión, sin hacerle un seguimiento, dejándolo a la deriva, sin dar continuidad al tratamiento”, exponiendo al paciente “a un riesgo injustificado” (sic). Por último, recordaron que la pasiva no contestó la demanda y, en consecuencia, debieron presumirse ciertos los hechos susceptibles de confesión contenidos en el libelo introductor.

E. DEL TRASLADO A LOS DEMÁS SUJETOS PROCESALES.

En oportunidad, la contraparte se opuso al éxito de la alzada.

III. CONSIDERACIONES

A. MANIFESTACIONES PRELIMINARES.

De conformidad con el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022⁴, la presente decisión se profiere de forma escrita, en tanto que no se requirió la práctica de pruebas en esta instancia.

B. DEL OBJETO DE DECISIÓN.

En atención a los reparos formulados por la parte demandante, corresponde a Sala determinar si en el presente caso se acreditaron los presupuestos axiológicos de la responsabilidad médica demandada, necesarios para acceder a la indemnización deprecada.

⁴ “Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del Decreto Legislativo 806 de 2020 y se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de Justicia y se dictan otras disposiciones”.

C. DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA Y SU RÉGIMEN PROBATORIO.

El régimen de la responsabilidad civil descansa en el principio general 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 en el incumplimiento de un negocio jurídico; emanando así, en términos muy generales, la responsabilidad civil extracontractual o contractual, respectivamente.

Preliminarmente conviene recordar que en tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, por vía jurisprudencial se ha reiterado que le corresponde al demandante asumir la carga de probar la culpa⁵, toda vez que **el galeno cumple labores de medio y no de resultado**, salvo que exista algún tipo de pacto entre el facultativo y el paciente en cuanto al aseguramiento de resultados.

Sobre este punto se ha señalado: “[c]omo 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**”⁶ (negrilla fuera del texto).

En correspondencia, la prueba para exonerarse de la responsabilidad atribuida varía si la obligación es de medio o de resultado: si la primera, le será suficiente “demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil)”⁷ y si la segunda, “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.

Lo anterior sin perjuicio de la redistribución que en materia probatoria pueda impartir el juzgador en virtud del principio de la carga dinámica establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, amén a que el deber de demostración sea asumido por el extremo que esté en mejor posición de acreditar en virtud de su cercanía con el material suasorio, 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; providencia susceptible de recursos, en la que el juez determinará el responsable, así como las consecuencias que genere su desatención.

⁵ Entre 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°1100131 03 034 2006 00052 01.

⁶ 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.

⁷ CSJ, SC 7110 del 24 de mayo de 2017, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

⁸ Ibidem.

En el presente caso, aclárese, ni el juez ni las partes consideraron necesario modificar la regla probatoria, pues, ni aquél lo dispuso ni estas lo solicitaron, de modo que se conservó el régimen de carga estática en cabeza de los demandantes; sin que en esta instancia pueda alterarse, pues ello conduciría, no solo a trasgredir normas procesales que tienen el carácter de imperativas, sino a soslayar derechos fundamentales de las partes, tales como el debido proceso y la igualdad.

Siguiendo, no basta con afirmar la ocurrencia de un yerro en la praxis médica para que la reclamación indemnizatoria prospere, pues, a no dudar, dicha incuria debe encontrar sustento en las pruebas practicadas, de las cuales debe desprenderse la culpa galénica, es decir, la omisión de los deberes de cuidado, diligencia y pericia de los facultativos que prestaron el servicio, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad; valoración que, resáltese, parte de presumir que los médicos obran bajo el principio de benevolencia y no maledicencia, es decir, que dirigen su actuar a contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino también a evitar que el daño físico o síquico se incremente.

En tal sentido, la jurisprudencia⁹ ha explicado que “[!]a 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.

Aunado, importa destacar el carácter complejo que implica el diagnóstico de una enfermedad, pues, como lo reconoce nuestro Órgano de Cierre de la Justicia Ordinaria¹⁰, “el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas”, razón por la cual, se asume que “la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnosticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico”.

En consecuencia, sigue la decisión en cita, demostrar la culpa, “impone evaluar, en cada caso concreto, si [el médico] agotó los procedimientos que la lex artis ad hoc recomienda para acertar en él”; precisándose que solo el error culposo (inexcusable), cimienta la atribución de esta clase de responsabilidad, dado que “la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen”.

⁹ Sala de Casación Civil, Agraria y Rural, sentencia SC 3847 del 14 de octubre de 2020, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.

¹⁰ CSJ 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.

Al cierre, es de resaltar que **la valoración de la culpa no puede ser retrospectiva**, sino que corresponde a un juicio *a priori* de los elementos que tenía a disposición el profesional para emitir su concepto, esto es, los síntomas informados por el paciente, los advertidos en la valoración clínica y los que se obtengan a partir de los exámenes y ayudas diagnósticas. Entonces, como lo resalta la Corte en la precedente que se bien comentando, “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”.

D. DE LOS HECHOS ACREDITADOS.

Previo al abordaje de cada uno de los elementos que estructuran la responsabilidad médica invocada, importa destacar los siguientes elementos fácticos que esta Sala encuentra acreditados y que no fueron objeto de controversia:

1. La relación marital entre Zaida Montoya Congote y William Antonio de la Torre Murillo y el vínculo de parentesco de este con sus hijos Maik Jhonatan y Nik Alejandro de la Torre Montoya (005 y 006, C01 Principal, Parte1CuadernoJuzgado02CivCto).

2. Las cirugías practicadas el 11 y 12 de diciembre de 2011, consistentes en “lavado y debridamiento QX, herida rodilla der. + reducción cerrada luxación posterior de rodilla der” (sic) y “reconstrucción ligamento cruzado anterior + sutura meniscal rodilla der. + reinserción del tendón patelar rodilla der. + reparación capsuloligamentaria rodilla derecha + reinserción L.C.P. rodilla der. + reducción abierta luxación de rodilla der. + colocación tutor externo” (sic), respectivamente. (13, C01Principal, Parte2CuadernoJuzgado01CivCto).

3. Que el 22 de mayo de 2012, William Antonio de la Torre Murillo ingresó a la Clínica Juan Luis Londoño de la Cuesta, remitido con impresión diagnóstica de osteomielitis. La hospitalización duró hasta el 7 de junio de 2012 y en la epicrisis de la atención, se describió el tratamiento y los exámenes practicados, entre ellos, una resonancia que reportó “lesión de cruzado y meniscos”, aunado a que los RX mostraron “osteomielitis de tibia proximal”, razón por la cual, “se lleva a cirugía donde se realiza lavado y toma de cultivos (...)”. (016.4, C01Principal, Parte1CuadernoJuzgado02CivCto).

4. La merma de capacidad laboral calificada en 22.45%, con base en los diagnósticos “rodilla derecha inestable – limitación en arcos de movimiento – situación no resuelta” y “gonartrosis de rodilla derecha” (012.3, C01Principal, Parte1CuadernoJuzgado02CivCto).

E. DE LA PRUEBA DE LOS ELEMENTOS AXIOLÓGICOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA EN EL PRESENTE CASO.

1. EL DAÑO.

Considerado como la lesión a un interés jurídicamente tutelable y que genera el deber de indemnizar, se caracteriza por ser cierto, real y en cabeza de quien lo alega o que se trate de la razonable probabilidad de obtener una ganancia, pues resulta claro que no hay responsabilidad sin daño. Por tanto, sin este elemento, “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 extracontractual¹¹.

Esta afectación, según la jurisprudencia, debe ser cierta y directa, por cuanto sólo puede repararse el perjuicio real y efectivamente causado como consecuencia inmediata de la culpa o delito. Asimismo, importa destacar que no basta que 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 que, en ambos eventos -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.

Con base en lo anterior y de cara al presente asunto, se tiene que desde la presentación de la demanda y a lo largo del debate procesal, los demandantes señalaron que, en razón a la mala praxis en la atención médica que recibió, William Antonio de la Torre Murillo desarrolló una osteomielitis que le significó una pérdida de capacidad laboral y ocupacional equivalente al 22.45%; secuelas con las que se acredita, al menos de forma preliminar, la causación del daño.

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-.

Ahora, según se explicó, 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 2011¹², sin que en el asunto que nos ocupa se hubiese acordado aseguramiento de resultados.

Con estas precisiones, se procederá al estudio de las inconformidades presentadas por los apelantes, las cuales, recuérdese, se direccionaron a insistir en que, si una herida abierta está contaminada con tierra y material vegetal, “se deben de realizar varios lavados quirúrgicos y desbridamiento de los tejidos contaminados”, de modo que, en el caso *sub examine*, el especialista obró, tanto con imprudencia al confiarse de su “apreciación subjetiva” y concluir que, con un solo lavado, los tejidos habían quedado limpios, como con negligencia, al realizar “la reconstrucción de los tejidos y la estabilización de la fractura”, sin descartar la infección. Paralelo, señalaron que el alta hospitalaria fue prematura, “sin darle instrucciones y/o signos de alarma, sin darle cita para revisión, sin hacerle un seguimiento, dejándolo a la deriva, sin dar continuidad al tratamiento (...)”. Entonces, arguyeron, todas las anteriores omisiones favorecieron “el crecimiento de las bacterias que ocasionaron la osteomielitis”.

¹¹ CSJ, SC, Sentencia del 4 de abril de 2001, Exp.5502.

¹² Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Pues bien, las falencias atribuidas, ciertamente corresponden a la atención médica prestada entre el 10 y 13 de diciembre de 2011, razón por la cual, resulta relevante destacar los eventos reportados en la historia clínica del paciente, durante ese periodo:

- En la atención inicial de urgencias realizada el mismo día del accidente (10 de diciembre de 2011), en el Hospital de la Cruz de Puerto Berrio, Antioquia, el médico Héctor Jairo Arbeláez Vélez encontró que William Antonio de la Torre Murillo presentaba “deformidad en 1/3 proximal con impotencia funcional”, indicó como impresión diagnóstica: (i) “politraumatismo” y (2) “fractura de tibia y peroné derecho” y ordenó la remisión por ortopedia.
- El paciente fue recibido el mismo día en la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. de La Dorada, Caldas, y allí fue atendido por el ortopedista Miguel Enrique Bustillo Jaeckel, quien en la nota clínica del 10 de diciembre de 2011 a las 11:01 p.m., señaló los siguientes hallazgos: “en miembro inferior derecho presenta una deformidad marcada con aumento de volumen y equimosis en la cara anterolateral de la rodilla izquierda con un punto de sutura de aproximadamente 5cm en el tercio proximal de la región pedio y tibial posterior conservado, moviliza los artejos con dificultad, imposibilidad para todos los movimientos de la rodilla por dolor y deformidad” (sic).
- Minutos después, en la anotación hecha a las 11:11 p.m. del mismo día, el referido profesional describió: “se toma RX de rodilla derecha que evidencia una luxofractura abierta de rodilla con una herida en el tercio proximal de pierna que expone hueso y una luxación posterior de la rodilla” (sic), definió como impresión diagnóstica: “se trata de un paciente con un trauma complejo a nivel de la rodilla derecha con una herida en la región metafisiaria proximal, una luxación posterior no reducida de la rodilla y una imagen sugestiva de una fractura intraarticular del platillo tibial externo, no existe una lesión vascular o nerviosa aparente, hay pulso pedio y tibial posterior conservado, no hay déficit del nervio ciático poplíteo externo en el momento” (sic) y expuso como conducta a seguir: “hospitalizar, iniciar analgesia, antibióticos, tetanol y preparar para un lavado y debridamiento inicial de la herida metafisiaria y una reducción provisional de la luxación de la rodilla (sic).
- Al día siguiente, esto es, el 11 de diciembre de 2011, en el chequeo de las 8:00 a.m., el mentado especialista indicó: “se toma RX de rodilla derecha evidencia una fractura del compartimiento externo de la rodilla, todas estas lesiones hablan de una lesión capsuloligamentaria compleja con lesión de la capsula posterior y desinserción de los ligamentos cruzados” (sic). Luego, en la nota de las 9:00 a.m. del mismo día, registró la realización de una cirugía consistente en: “lavado y debridamiento QX, herida rodilla der. + reducción cerrada luxación posterior de rodilla der” (sic).
- Posterior, en la valoración del 12 de diciembre de 2011, tras a describir las condiciones post operatorias del paciente, el médico tratante señaló: “paciente reúne condiciones de tejidos blandos para cirugía consistente en una reconstrucción capsuloligamentaria con una estabilización de la luxación posterior de la rodilla, llama la atención la gran inestabilidad por lo cual es posible que se requiera un método de fijación externa adicional a la reparación de los tejidos blandos” (sic). Más tarde, a la 1:30 p.m. del mismo día, anotó la realización del procedimiento de “reconstrucción ligamento cruzado anterior + sutura meniscal rodilla der. + reinserción del tendón patelar

rodilla der. + reparación capsuloligamentaria rodilla derecha + reinserción L.C.P. rodilla der. + reducción abierta luxación de rodilla der. + colocación tutor externo” (sic).

- El 13 de diciembre de 2011, el mismo profesional consignó: “primer día post. op. Reconstrucción rodilla derecha, quien pasa la noche con mucho dolor, el cual fue controlado con tramal, tolera el tutor externo, vendajes bultosos con sangrado moderado, buena perfusión distal pulso pedio y tibial, presente, moviliza los artejos sin dificultad, afebril, TA 130/80 FC 74, tolera la vía oral, responde bien a los antibióticos. / se tomó RX de rodilla de control post. op. Muestra articulación de rodilla en posición sin luxaciones y adecuada alineación, clavos de tutor en posición. / Impresión: evolución satisfactoria. / CTA: se dará salida en las horas de la tarde con aines, antibióticos orales, recomendaciones, no apoyo, deambular con muletas, se da incapacidad médica por (30) días, control por consulta externa en 10 días” (sic).

De lo anterior, es claro que durante la estancia hospitalaria en la Clínica de Fracturas Vita S.A.S., al señor William Antonio de la Torre Murillo le practicaron dos intervenciones quirúrgicas: la primera, el 11 de diciembre, consistente en lavado, desbridamiento y reducción de la luxación; la segunda, el 12 de diciembre, para la reconstrucción de las estructuras afectadas.

En cuanto al primer procedimiento, el médico tratante, en su declaración de parte explicó que, ante una herida como la presentada por el paciente, el manejo inicial exige descartar una lesión vascular, pasar a lavado y hacer la reducción, porque “el hecho de que el hueso siga de su sitio desplazado, obviamente está comprometiendo el aporte vascular al resto de la pierna, entre más se demoré usted en volver a poner en su sitio, que nuestros términos se llama reducción, pues menos más posibilidades hay de que se salga, mejor dicho, entonces, lo imperativo es reducirlo y eso fue lo que se hizo a las 8 de la mañana de una vez se cumplió el ayuno”; proceder que se agrega, fue registrado en la historia clínica, en la que se describió tanto el lavado, como el desbridamiento y la reducción.

Siguiendo, respecto a la segunda cirugía, en la cual, recuérdese, los demandantes centraron sus ataques, importa resaltar que su pertinencia, necesidad y oportunidad fue descrita por el especialista tratante desde la realización del primer procedimiento.

Así se lee al final de la nota quirúrgica del lavado, desbridamiento y reducción, en la que se indicó como plan post operatorio: “continuar igual manejo antibióticos y programar reconstrucción inestabilidad de rodilla una vez reúna condiciones de tejidos blandos” (sic) y agregó “dicha lesión presupone una lesión compleja capsuloligamentaria con compromiso de ambos ligamentos cruzados capsula posterior” (sic). Al día siguiente, en la valoración posoperatoria, el mismo especialista refirió: “el paciente paso la noche con bastante dolor pero tolerable con los analgésicos, hay buena perfusión distal, vendajes con sangrado escaso, no hay déficit neurovascular aparente, pulsos pedio y tibial presentes, tolera la vía oral, afebril hemodinámicamente estable” y con base en esa evolución, concluyó: “paciente reúne condiciones de tejidos blandos para [la reconstrucción] (...)” (sic).

Véase como, la segunda cirugía no representa un actuar caprichoso y apresurado del especialista, en tanto que, según la historia clínica, el procedimiento se adelantó previo análisis de la gravedad de la lesión, la urgencia de la reconstrucción y la evolución del paciente.

En tal sentido, el ortopedista demandado declaró: “entramos debido a la buena evolución en este tiempo, tomamos un tiempo prudencial mientras que el paciente respondía bien al primer lavado y a la punción, quitamos el riesgo de que se cruzara la pierna. En ese momento está indicado, según el protocolo [...] propender porque se mantenga esa relación articular que usted ha logrado inicialmente [...]. Yo me di cuenta que era terriblemente inestable [...] realmente el diagnóstico cambio de una luxación posterior aislada a una luxación multidireccional, donde [...] la rodilla se bambolea para todos lados [...] era una luxación multidireccional, ve, se iba para adelante, para atrás, porque todas las estructuras estaban rotas, entonces no era suficiente con simplemente dejarlo”. Y agregó: “el protocolo dice que usted, una vez reduce la articulación y la lava y disminuye la posibilidad de infección, entonces usted debe rápidamente propender porque esa rodilla no se vuelva a salir, si se vuelve a salir vuelves a las posibilidades de que son las más graves de todas, entonces, eh..., lo que hicimos fue el segundo paso, con el protocolo que dice que hay que hacer una reinserción cápsuloligamentaria, que además es lo coherente y lo lógico, es lo del sentido común ¿qué pasa? si usted se le salió algo porque se rompieron unas estructuras después de ponerlas y si siguen inestables, ¿qué hay que hacer?, pues reparar las mismas que produjeron la salida inicialmente, verdad!, entonces, eso fue lo que se hizo, una reinserción cápsuloligamentaria y desafortunadamente y en el protocolo lo explica, después de esa reinserción, usted puede reevaluar si la rodilla sigue estable o, perdón, sigue inestable o usted la logró estabilizar con lo que hizo. En este caso específico de William, la rodilla seguía inestable a pesar de la reinserción, en cuyo caso el canon o el protocolo recomienda la colocación de un tutor externo, que fue exactamente lo que pusimos”.

De lo anterior, es claro que la segunda cirugía fue precedida del lavado quirúrgico y desbridamiento realizados en la primera, a lo que se suma que, en la valoración post operatoria de esta, el especialista no encontró signos de infección; de ahí que, a juicio de la Sala, el profesional demandado, adecuó su conducta a la *lex artis* al proceder con la asepsia de la herida y esperar la evolución de la limpieza para identificar signos de infección y así continuar con la reconstrucción y estabilización de las estructuras afectadas por el accidente.

Ahora, recuérdese que la base fáctica de la apelación se cimentó en reprochar que solo hubiera un lavado prequirúrgico, cuando la técnica ordena varios lavados; planteamiento que, se destaca, solo fue afirmado, sin contar con algún respaldo probatorio.

Y si bien los demandantes aportaron un dictamen pericial para demostrar el error médico, lo cierto es que tal experticia solo aludió dos reparos al proceder del especialista: de un lado, que pudo esperar más tiempo para llevar a cabo la reconstrucción y del otro, que no diligenció de forma completa la historia clínica, pues no aparecen las notas quirúrgicas, de suerte que se desconocen los métodos y procedimientos usados en esta cirugía¹³. Véase como, en ningún momento se aludió el número de lavados que deben hacerse antes de iniciar la reparación de las estructuras afectadas.

Aunado, en la sustentación, el perito, doctor Julián David Naranjo¹⁴, expuso que no existe un tiempo estándar para la reconstrucción, la cual, incluso, puede hacerse de

¹³ Sobre este punto, cabe señalar que el perito, en la sustentación, manifestó que creía que la historia clínica que le habían entregado estaba completa. Luego, el despacho aclaró que el documento analizado no contaba con las notas quirúrgicas que sí aparecen en la historia clínica decretada como prueba y que finalmente fue aportada por la clínica demandada.

¹⁴ Médico Cirujano, Ortopedista y Traumatólogo, Fellowship (Sub-especialista) en Cirugía de la Rodilla, actualmente ejerciendo Ortopedia y Traumatología – Cirugía de la Rodilla.

manera inmediata; conducta o manejo que lo determina el profesional tratante, quien al observar la herida y no advertir signos de infección, tiene todas las posibilidades de llevar a cabo la cirugía. Fueron sus palabras: “si usted tiene una fractura o una luxación abierta, donde ha tenido eh material expuesto, han tenido material de tierra o vegetal, eh... es prudente eh... aplazar un tiempo la reparación, pero no quiere decir que esto no se deba hacer, o sea, si de pronto el paciente, el médico, eh... al día siguiente o en los días siguientes hizo una evaluación y encontró la rodilla visualmente muy limpia, porque eso solo lo sabe el cirujano que lo vio en el momento cierto, él pudo haber visto la rodilla muy limpia, sin... sin material externo vegetal macroscópico que se pudiera ver, sin secreción, sin pus, entonces pudo haber decidido hacer pues el procedimiento (...)”.

Más adelante y de cara a lo consignado en la historia clínica, en la que el médico tratante refirió que el paciente reunía las condiciones de tejidos blandos para cirugía, el perito expresó que dicha nota significa: “que hubo una evaluación donde se decidió que... que... podía ser llevado a cirugía, como le digo, a pesar de que no... no... no... es lo habitual, que todos hacemos si no esperar un tiempo, eh no considero que sea, que sea algo malo, que se haya hecho, o una mala praxis, por ejemplo, pensaría que... que es un ... es algo pues que él consideró en el momento porque encontró una articulación sana o limpia para para este procedimiento”.

Entonces, la falla atribuida con fundamento en la ausencia de lavados suficientes no fue probada, como tampoco, la que descansaba en el carácter prematuro o inmediato del procedimiento de reconstrucción.

Ya frente al alta hospitalaria, contrario a lo expuesto en el escrito introductor, en la historia clínica aportada por la Clínica de Fracturas Vita S.A.S. se registraron dos citas de control con el mismo especialista. La primera, realizada el 21 de diciembre de 2012, en la que se indicó: “paciente en noveno día post operatorio reconstrucción estabilidad de rodilla post traumática manejado con reparación capsuloligamentaria ligamento cruzado anterior re inserción meniscal y adicionalmente colocación de tutor monoplanar en el aspecto anterior de la rodilla para acabar de dar estabilidad a la rodilla refiere sentirse en buenas condiciones. Al examen ha disminuido considerablemente el edema no hay déficit neurológico (...) heridas en buen estado libres de infección buena perfusión distal pulsos periféricos presentes clínicamente una adecuada alineación se explica al paciente la necesidad de haber hecho esta fijación en el aspecto anterior porque era la una forma de estabilidad de la rodilla en forma adecuada y así proteger la cirugía realizada (...)” (sic).

La segunda, practicada el 19 de enero de 2012, dónde se expresó: “al examen tiene un tutor trans articular con barras dobles uniplaar en la cara anterior de la rodilla con el de controlar una luxación posterior de rodilla que no era estable mediante otros medios, se retira el botón de sutura meniscal en la cara postero interna de la rodilla la cual no ha signos de infección, las heridas en la parte anterior están limpias libres de infección persiste edema, dolor, hay movilidad pasiva de unos pocos grados en la rodilla y atrofia marcada del cuádriceps, neuro vascular normal, se retira tutor y la sutura meniscal. / Impresión evolución satisfactoria. / conducta se indica como realizar fisioterapia, deambular con muletas el paciente ya cumplió la póliza tanto del SOAT como el FOSYGA motivo por el cual se da la historia clínica se envía para continuar manejo por la EPS tratante que es Saludcoop según refiere el paciente” (sic).

Las anteriores transcripciones dan certeza, no solo de los controles, sino también, de las indicaciones, recomendaciones y prescripciones que le hicieron al paciente para su recuperación satisfactoria; de modo que, la omisión denunciada tampoco se demostró.

Total, ausente el elemento de la culpa, la responsabilidad demandada no se abría paso, como acertadamente lo concluyó el juez *a quo*. Con lo anterior, precítese, resultaba inane continuar con el juicio de causalidad; no obstante, el funcionario de primer grado también sustentó su veredicto en la falta de acreditación de este requisito y esto, agréguese, fue objeto de censura por los demandantes en su apelación, para insistir que la osteomielitis provino de la mala praxis médica, en tanto que no se hicieron los lavados suficientes.

Pues bien, al respecto, basta con referir que los médicos que rindieron su declaración en el proceso, coincidieron en señalar que la magnitud de la herida, su exposición o carácter abierta y la contaminación directa con tierra y material vegetal, fueron los factores determinantes en la generación de la infección; incluso, destacaron que se trataba de un riesgo inherente.

Así, el doctor Julián David Naranjo Ramírez expuso: “el factor principal que produce que aumenta, aumenta la... la probabilidad de infección, es haber tenido una lesión abierta, si él tuviera hubiera tenido una luxación cerrada sí, una luxación cerrada sin ninguna herida ni ninguna lesión en la pierna, en la rodilla, eh... las probabilidades de infección disminuyen bastante, o sea, ya... ya la infección es más fácil, puede ocurrir también pero es menos probable, puede ser de pronto en contaminación en cirugía o... o... el en el material quirúrgico se puede contaminar, pero en el caso de que no hubiera habido una... una... luxación abierta, pero en este caso la luxación abierta con contaminación con tierra y material vegetal las... las... las... probabilidades de infección desde el principio, o sea desde que el paciente tuvo la luxación antes de cualquier procedimiento eran muy altas, eran... eran altísimas”.

Mientras tanto, el doctor Juan Diego Zapata Serna¹⁵ refirió: “la herida que el paciente tuvo, que además fue un trauma de alta energía o se calificó un kd5, que es una... una luxofractura, o sea, es una luxación de la articulación con fractura, además de eso, fractura abierta y que se evidenció material vegetal y arena, pues es una... una fractura muy susceptible de estar de haber sido infectada allí”. Este mismo galeno explicó que el proceso infeccioso también podía provenir de los tutores y fijadores externos que se le colocaron: “(...) de todas maneras los materiales externos, todos los materiales de osteosíntesis, pues tienen la tendencia a perpetuarse, a perpetuar la infección o adquirir unas bacterias que son específicas también que se adhieren al material de osteosíntesis, entonces esos materiales hay que ser... deben ser retirados, porque por más que usted le haga lavados y tratamiento antibiótico. Si la bacteria se adhiere el material de osteosíntesis y no se retira, pues ese material eh... va a perpetuar que la infección continúe, entonces es posible que se haya infectado durante el retiro o que o que haya estado o se haya empezado a hacer ese nicho infeccioso junto con el material de osteosíntesis que estaba allí”.

Entonces, los demandantes no demostraron las fallas que atribuyeron a la prestación del servicio; precisándose, en el punto, que no basta con afirmar la ocurrencia de un yerro en la praxis médica para que la reclamación indemnizatoria prospere, en tanto que dicha incuria debe encontrar sustento fáctico, lo que en el caso *sub examine*, no se evidenció.

De hecho, resalta la Sala que los demandantes limitaron su esfuerzo suasorio a plantear una serie de inferencias en torno a la culpa del médico que atendió a William Antonio de la Torre Murillo, sin acreditar el acto descuidado, negligente, imprudente o inexperto; de ahí que, el abandono de la carga probatoria que les

¹⁵ Profesional que sustentó el dictamen de merma de capacidad laboral aportado por los demandantes.

asistía, desde luego, conducía a desestimar sus pretensiones, sin que, agréguese, el silencio de la demandada haya sido suficiente para probar la base factual de la reclamación.

Y es que, precítese, la ausencia de contestación de la demanda, si bien conduce a presumir como ciertos los hechos susceptibles de confesión, lo cierto es que ello es apenas es una presunción, la cual, en el presente asunto, fue doblegada, al encontrar prueba en contrario con el resto de los elementos suasorios practicados, en especial, la historia clínica y las experticias.

Finalmente, destáquese que las apreciaciones de los actores partieron de presumir la mala fe de los galenos, lo cual, a todas luces, no es correcto, pues se itera, en su actividad, los médicos obran bajo el principio de benevolencia y no maledicencia, es decir, dirigen su actuar a contribuir no solo al bienestar de los pacientes, sino también a evitar que el daño físico o síquico se incremente.

F. CONCLUSIONES.

Corolario, ninguno de los reparos formulados se abrió paso, razón por la cual se confirmará la sentencia atacada. Sin condena en costas en esta instancia, ya que no aparecen causadas, aunado a que la apelación no fue temeraria y el trámite de la segunda instancia no exigió la práctica ni la realización de audiencia.

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 3 de agosto de 2023 por el Juzgado Primero Civil del Circuito de La Dorada, Caldas, dentro del presente proceso.

SEGUNDO: No condenar en costas en esta instancia.

TERCERO: DEVOLVER el expediente al Juzgado de origen, previas las anotaciones de rigor.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Las Magistradas,

SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO

SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS

Firmado Por:

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

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

Angela Maria Puerta Cardenas
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Sala 6 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: **a3596caa868d767c3870e4249df9321cd20ab87b8fb404584d90b03848567d4f**

Documento generado en 19/03/2024 02:36:21 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>