

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**MAGISTRADA PONENTE: SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO**

*Radicado: 17001-31-03-001-2018-00264-02*

Manizales, cuatro (4) de agosto de dos mil veinte (2020).

### I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Se decide el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 12 de diciembre de 2019, por el Juzgado Primero Civil del Circuito de Manizales, Caldas, dentro del proceso de la referencia.

### II. ANTECEDENTES

#### A. DE LA DEMANDA.

Los señores Ofelia Jiménez de Gallego, María Marleny Gallego Jiménez, Néstor Gallego Salazar, Omaira Rivera Gallego, José Osias Rivera Gallego, Sara Alely Gallego Becerra y Luis Norvey Gallego Jiménez, en causa propia y en representación de su hijo Diego Fernando Gallego Becerra, presentaron demanda contra la Clínica Avidanti S.A.S., a fin de que se le declare civilmente responsable por la muerte de la señora María Elsy Gallego Jiménez, como consecuencia de las acciones y omisiones en la prestación de los servicios médicos, asistenciales y hospitalarios endilgables a la IPS. En razón de lo anterior, solicitaron el reconocimiento de los perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales que se les ocasionó.

Como soporte de las pretensiones, se invocaron los hechos que a continuación se resumen: **1.** El 10 de julio de 2006, la señora María Elsy Gallego Jiménez fue diagnosticada con “REFLUJO GASTROESOFÁGICO - GASTRITIS EROSIVA ANTRAL”, empezando su manejo con antiácidos desde agosto de ese año, con periodos de recidiva y otros de bienestar durante los años siguientes; **2.** El 27 de junio de 2013, el médico cirujano Fernando García Álzate le realizó el procedimiento denominado “CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTROESOFÁGICO MÁS RECONSTRUCCIÓN DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA”; transcribiéndose algunas notas médicas a continuación, dentro de las que se destaca la valoración de la cirujana Gloria Inés Echeverri del 30 de junio: “... paciente muy sintomática se pide serie GI alta para descartar complicación”; **3.** El 1 de julio siguiente, el médico Fernando García ordenó el inicio de la vía oral, sin haberse realizado el examen antes aludido; **4.** Que los reportes de los paraclínicos del 30 de junio revelaban leucocitos elevados y el RX, aunque descartaba consolidaciones neumónicas, sí ponía en evidencia abundante aire contenido en la cavidad abdominal; **5.** Luego de una extensa transcripción de las notas clínicas que incluyen la del 2 de agosto de 2013, en la que se registró el

fallecimiento de la señora María Elcy Gallego, resalta que el examen ordenado por la médica Gloria Inés Chávez solo se practicó hasta el 8 de julio, el cual reportó "PERFORACIÓN DISTAL DEL ESÓFAGO" y su corrección solo se realizó hasta el 12 de julio **6**. Que esa complicación nació desde el mismo procedimiento laparoscópico sin ser identificada, permitiéndose que se agravara y llevara a la paciente a su inexorable fallecimiento; **7**. Que el actuar de los médicos adscritos a la demandada fue negligente, pues desconocieron los signos y síntomas que presentaba la familiar de los demandantes, al no tomarse las precauciones para identificar la razón del retroceso en su evolución, perdiéndose la oportunidad de tomar medidas que corrigieran la complicación derivada del procedimiento; **8**. Que la paciente sufrió de manera concomitante con la complicación ya aludida un cuadro infeccioso generalizado -sepsis- que derivó en peritonitis, causado por la fístula esofágica; todo lo anterior devino en que, luego de un intenso sufrimiento falleciera la señora María Elsy Gallego, el 2 de agosto de 2013, en la clínica demandada.

### **B. DE LA CONTESTACIÓN.**

La Clínica Avidanti S.A.S. contestó la demanda pronunciándose sobre los hechos, oponiéndose a las pretensiones y formulando las siguientes excepciones denominadas: **1**. Ausencia o inexistencia de falla en el servicio, diligencia y cuidado en la atención suministrada a la paciente; **2**. Adecuado cumplimiento de los atributos de calidad en la prestación de los servicios de salud dispensados. Obligaciones médicas son de medio y no de resultado. Diligencia y cuidado en las atenciones en salud dispensadas; **3**. Los riesgos inherentes de los tratamientos fueron explícitamente asumidos por la paciente; **4**. Ausencia de nexo causal; **5**. Ausencia del daño patrimonial denominado lucro cesante e inexistencia de prueba; y **6**. La genérica. Así mismo, llamó en garantía a Allianz Seguros S.A.

Por su parte, Allianz Seguros S.A. se resistió a lo pretendido por la parte actora, formulando los siguientes medios de defensa: **1**. Inexistencia de la responsabilidad de la Clínica Avidanti S.A.S., porque no se configuraron los elementos esenciales de la responsabilidad que se le pretende atribuir; **2**. La actividad desarrollada por los profesionales de la medicina comporta obligaciones de medio y no de resultados; **3**. Tasación indebida del supuesto perjuicio inmaterial alegado; **4**. Carencia probatoria del lucro cesante por parte de quienes integran la parte activa de este proceso; **5**. caso fortuito; y **6**. Genérica o innominada.

En lo atinente al llamamiento en garantía, propuso como excepciones: **1**. La modalidad de cobertura pactada en el contrato de seguro documentado en la póliza N°022280491/0., es de tipo "*claims made*"; **2**. Inexistencia de responsabilidad de la Clínica Avidanti S.A.S., y por ende ausencia de riesgo cubierto a través del contrato de seguro documentado en la póliza N° 022280491/0. Inexistencia de la obligación de indemnizar; **3**. Límites asegurados pactados en el contrato de seguro documentado en la póliza N° 022280491/0; **4**. Marco de los amparos otorgados y en general alcance contractual de las obligaciones del asegurador; **5**. Las exclusiones del amparo; **6**. Enriquecimiento sin causa; **7**. Genérica y otras; y **8**. Prescripción de la acción derivada del contrato de seguro documentado en la póliza N° 022280491/0 mediante el cual se vincula a Allianz Seguros S.A., en caso de verificarse en medio del proceso que la fecha de reclamación al asegurado fue una fecha previa a la de la audiencia de conciliación extrajudicial.

### **C. DE LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.**

Evacuadas las fases de pruebas y alegaciones, mediante sentencia del 12 de diciembre de 2019, la funcionaria de primer grado resolvió negar las pretensiones de la demanda, tras considerar que el acto quirúrgico se realizó ausente de complicación, tal como se desprende de la historia clínica, del testimonio del galeno tratante y del peritazgo rendido; sin que se probara un manejo contrario a la *lex artis*.

Sostuvo que de lo consignado en la historia clínica no se aprecia negligencia del personal médico y que, por el contrario, se infiere no haberse escatimado procedimiento alguno para determinar las razones por las que desmejoraba la paciente. Resaltó que la señora María Elsy Gallego Jiménez siempre estuvo afebril, siendo su presencia uno de los síntomas de alerta de un proceso infeccioso; así mismo, descartó que la peritonitis fuera consecuencia del acto quirúrgico inicial, no siendo posible que la paciente cursara con esa condición y tuviera la fístula desde el inicio, no siendo dable atribuir una mala *praxis*.

En relación con los exámenes prescritos por la Dra. Chaves y de los que se duelen los demandantes por la falta de su práctica, estimó la *a quo*, que no eran contundentes para evidenciar la fístula esofágica, tan es así, que después de detectar la peritonitis se demoraron varios días en encontrarla. Concluyó indicando que la parte actora no cumplió con la carga de demostrar la culpa atribuible al pasivo.

### **D. DEL RECURSO DE APELACIÓN.**

Inconforme con tal determinación, el extremo actor la impugnó, esgrimiendo que no hubo una vigilancia estrecha en el postoperatorio inmediato de la paciente, pues su evolución fue muy variable desde el mismo 28 y 29 de junio, cuando la médica tratante consideró que había una complicación y ordenó la serie gastrointestinal que habría evidenciado la complicación que tenía; de allí que estimara una pérdida de oportunidad, al privársele de un diagnóstico y atención oportuna. En ese sentido, aludió que existían otras posibilidades para determinar la complicación, como el acudir a los exámenes imagenológicos, recordando que fue con la tomografía que se detectó la fístula.

Además, señaló que no se valoró en debida forma el dictamen pericial, pues el experto refirió estar de acuerdo con el manejo propuesto por la cirujana el 29 de junio.

### **E. DE LA SEGUNDA INSTANCIA.**

En audiencia de fecha 23 de julio de 2020 se practicó el testimonio de la médica Gloria Inés Chávez Echeverri que fuera decretado oficiosamente, se sustentó la alzada surtiéndose su traslado, anunciándose a continuación el sentido del fallo y advirtiéndose del proferimiento escrito de la sentencia.

## **III. CONSIDERACIONES**

### **A. DEL RÉGIMEN DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL.**

El régimen de la responsabilidad civil descansa en el principio general de que quien causa un daño injustificado a otro debe repararlo, bien sea que aquél se genere en hechos, acciones u omisiones que contraríen el ordenamiento legal o un negocio

jurídico; emanando así en términos muy generales la responsabilidad extracontractual o contractual.

En el caso que nos convoca, se solicitó la declaración de la demandada como “civilmente responsable por la ineficiente prestación del servicio médico asistencial y hospitalario, al prestársele deficiente e inadecuadamente el procedimiento quirúrgico requerido por la señora MARÍA ELSY GALLEGO JIMÉNEZ (Q.E.P.D.)”, así como por las acciones y omisiones endilgables al pasivo; para lo cual deprecó el reconocimiento de “los daños y/o perjuicios de todo género ocasionados a la señora María Elsy Gallego Jiménez (Q.E.P.D.), y a sus familiares”, reclamando para el efecto “perjuicios morales subjetivados” y “perjuicios de vida de relación y/o daño a la salud”.

Conviene indicar que, tal como se ha reiterado por vía jurisprudencial, es deber del juez realizar una interpretación sistemática y teleológica de la demanda, a fin de poder determinar la naturaleza de su intención jurídica<sup>1</sup>; en esa línea hermenéutica, habrá de colegirse que la parte demandante está ejerciendo tanto la acción contractual como la extracontractual, toda vez que reclama el reconocimiento de perjuicios padecidos directamente por la víctima con ocasión de la inadecuada prestación del servicio de salud y al mismo tiempo, los sufridos por los demandantes con ocasión del fallecimiento de su familiar, posibilidad jurídica completamente viable, pues “no advierte la Corte, hay que decirlo sin ambages, que esa acumulación de pretensiones violente las reglas procesales que regulan la materia y, mucho menos, las sustanciales que gobiernan la responsabilidad civil.

No estas últimas porque si bien los hechos que soportan ambas reclamaciones fueron los mismos, los daños no lo son; la demandante está cobrando dos perjuicios distintos mediante sendas ‘acciones’ de las cuales es titular; tampoco ha confundido el objeto de cada pretensión, toda vez que contractualmente está cobrando el perjuicio sufrido por su causante y extracontractualmente el personal”<sup>2</sup>.

## **B. DEL RÉGIMEN PROBATORIO.**

Tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, por vía jurisprudencial se ha reiterado que le corresponde al demandante asumir la carga de probar la culpa<sup>3</sup>, toda vez que el galeno cumple labores de medio y no de resultado, salvo que exista algún tipo de pacto entre médico y paciente en cuanto al aseguramiento de resultados.

Sobre el punto que nos ocupa se ha señalado: “Como tiene explicado la Corte, ‘(...) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, **salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado**”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 20 de agosto de 1981, M.P. Alberto Ospina Botero.

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 18 de octubre de 2005, Exp.14491, M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena.

<sup>3</sup>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°11001 31 03 034 2006 00052 01.

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia 174 de 13 de septiembre de 2002, Exp.6199.

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero<sup>5</sup> (negrilla fuera de texto).

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

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

### **C. HECHOS QUE SE ENCUENTRAN ACREDITADOS.**

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

1. La calidad de madre, de hermanos y de sobrinos de los señores Ofelia Jiménez de Gallego, Luis Norbey Gallego Jiménez, María Marleny Gallego Jiménez, Sara Alely Gallego Becerra, Diego Fernando Gallego Becerra, Omaira Rivera Gallego y José Osias Rivera Gallego, respectivamente, en relación con la señora a María Elsy Gallego Jiménez -registros civiles de nacimiento- (fls.7-16, C.1).
2. La calidad de hermano de crianza del señor Néstor Gallego Salazar, respecto de a María Elsy Gallego Jiménez -interrogatorios de parte-.
3. La afiliación de la señora María Elsy Gallego Jiménez (q.e.p.d.) a Cafesalud EPS, en el régimen subsidiado -carné de afiliación- (fl.92, C.1); sin que este punto haya sido objeto de discusión alguna dentro del proceso.
4. Que para la época de los hechos, la Clínica Avidanti S.A.S. formaba parte de la red prestadora de la EPS Cafesalud -historia clínica -; aspecto sobre el cual no existió controversia.
5. La hospitalización de la señora María Elsy Gallego Jiménez en la Clínica Avidanti SAS desde el 27 de junio de 2013 hasta el 2 de agosto del mismo año.
6. Que la señora María Elsy Gallego Jiménez padecía de “REFLUJO GASTROESOFÁGICO” y “GASTRITIS EROSIVA ANTRAL” -historia clínica y declaraciones de parte-.
7. Que el día 27 de junio de 2013, el médico Fernando García Álzate, adscrito a la Clínica Avidanti, le practicó a la señora María Elsy Gallego Jiménez la cirugía

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Familia y Agraria, Sentencia del 24 de mayo de 2017, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, Exp.2006-00234.

- “ANTIRREFLUJO DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA”, en la cual se hizo prueba de indemnidad esofágica; registrándose la no presentación de complicaciones -historia clínica-.
8. Que entre el 27 de junio y el 5 de julio de 2013, la señora María Elsy Gallego fue valorada en 21 ocasiones por médicos especialistas -cirujanos- y generales, tal como se detalla en las respectivas notas de evolución clínicas, sin que se registrara durante ese período de tiempo estado de fiebre.
  9. Dentro de las valoraciones que aparecen consignadas, se encuentra la realizada el 30 de junio de 2013 por la Cirujana General Gloria Inés Chaves Echeverri, quien ordenó el examen “SERIE GI ALTA PARA DESCARTAR COMPLICACIÓN”, sin que aparezca evidencia de su práctica -historia clínica-.
  10. Durante su estancia hospitalaria, la paciente fue sometida a los siguientes procedimientos quirúrgicos: **a) julio 5 de 2013:** Laparotomía exploratoria, lavado peritoneal, drenaje peritonitis generalizada, toracostomía, laparoscopia diagnóstica; **b) julio 8 de 2013:** Lavado peritoneal; **c) julio 12 de 2013:** Lavado peritoneal; **d) julio 14 de 2013:** Lavado peritoneal y nuevo cierre disrupción postoperatoria de pared abdominal; **e) julio 18 de 2013:** Lavado peritoneal terapéutico; **f) julio 20 de 2013:** Toracoscopia transparietal, decorticación pulmonar y pleurodesis por toracoscopia; **g) julio 21 de 2013:** Lavado peritoneal, laparotomía para hemostasia y evacuación de hemoperitoneo y nuevo cierre de disrupción postoperatoria; **h) julio 21 de 2013:** Lavado peritoneal, laparotomía para hemostasia y evacuación de hemoperitoneo; **i) julio 25 de 2013:** Lavado peritoneal.
  11. Después de la intervención del 26 de junio, a la señora María Elsy Gallego Jiménez, le practicaron, entre otros, los siguientes exámenes diagnósticos: **a) julio 2 de 2013:** Ecografía de abdomen; **b) julio 3 de 2013:** Abdomen simple; **c) julio 3 de 2013:** Torax pa y lateral; **d) julio 5 de 2013:** Torax pa y lateral; **e) julio 6 de 2013:** Tomografía axial computarizada de tórax; **f) julio 8 de 2013:** Tórax portátil; **g) julio 9 de 2013:** Tórax portátil; **h) julio 10 de 2013:** Tórax portátil; **i) julio 12 de 2013:** Tórax portátil; **j) julio 12 de 2013:** Tórax portátil; **k) julio 13 de 2013:** Tórax portátil; **l) julio 17 de 2013:** Tomografía axial computarizada de tórax; **m) julio 18 de 2013:** Tórax portátil; **n) julio 25 de 2013:** Tórax portátil; **ñ) julio 26 de 2013:** Tórax portátil.
  12. Que desde el día 5 de julio de 2013 -15:53-, la paciente ingresó a cuidados intensivos<sup>6</sup>, donde permaneció hasta el 2 de agosto del mismo año.
  13. El deceso de la señora María Elsy Gallego Jiménez, acaecido el 2 de agosto de 2013 en la Clínica Avidanti, como consecuencia de una septicemia o sepsis generalizada -registro civil de defunción -historia clínica y declaración del médico Fernando García Álzate--
  14. Que la Clínica Avidanti S.A.S. tomó con la llamada en garantía la póliza de seguro N°022280491/0 con vigencia del 1° de junio de 2016 al 31 de mayo de 2019, que cubre la responsabilidad civil profesional de clínicas y hospitales.

#### D. DE LOS ELEMENTOS AXIOLÓGICOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

**1. EL DAÑO:** Considerado como la lesión a un interés jurídicamente tutelable y 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.

---

<sup>6</sup> CD obrante al reverso del folio 227, historia clínica avidanti/notas de enfermería/notas de enfermería.

Con la demanda se allegó el registro el civil de defunción de la señora María Elsy Gallego Jiménez, acaecido el 2 de agosto de 2013<sup>7</sup>, de lo que se advierte preliminarmente la demostración del daño que, según quedó expresado por quienes conforman el extremo activo les causó aflicción y dolor.

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

Tal como arriba se precisó, tratándose de responsabilidad derivada del acto médico, estamos por regla general ante obligaciones de medio, como expresamente lo señala el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011<sup>8</sup>, sin que en el asunto que nos ocupa se hubiese acordado aseguramiento de resultados.

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

Atendiendo el principio de congruencia, se precisa que en esta instancia no se realizará ningún abordaje respecto de la cirugía "ANTIRREFLUJO DE ESFÍNTER POR LAPAROSCOPIA O TORACOSCOPIA" practicada a la paciente el 27 de junio de 2013<sup>9</sup>, así como tampoco de los actos médicos y en general de prestación del servicio de salud que fueran suministrados luego del 5 de julio del mismo año; toda vez que la pretensión impugnativa gira en torno a conductas -acciones y/o omisiones- endilgadas al pasivo luego de aquél procedimiento y hasta la data arriba indicada.

**a. Del post operatorio inmediato de la paciente.**

Sostuvo el apelante que no medió una adecuada vigilancia durante el post operatorio inmediato de la señora María Elsy Gallego, pues su evolución fue muy variable desde el mismo 28 de junio, lo que debió alertar sobre la existencia de la complicación derivada de la cirugía, tal como en efecto lo hiciera la cirujana Gloria Inés Chávez el 30 de junio, la cual fue desestimada.

La parte demandante insistió en que desde el inicio del post quirúrgico la paciente presentó signos de alarma, tales como dolor, dificultad respiratoria y taquicardia que hacían sospechar de la existencia de algún inconveniente en su progreso; para abordar ese punto, se detallarán a continuación las notas de evolución registradas por los distintos médicos que la atendieron luego de su cirugía y hasta el 5 de julio, cuando se le practicó el primer lavado peritoneal y drenaje por peritonitis generalizada.

---

<sup>7</sup> Fl.16, C.1.

<sup>8</sup> Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>9</sup> Téngase en cuenta que la parte demandante no endilgó ningún juicio de reproche sobre ese procedimiento, ni siquiera en la demanda, menos aún en el recurso que se desata.

FECHA REPORTE	NOMBRE MEDICO	REPORTE DOLOR	REPORTE TAQUICARDIA	REPORTE RESPIRATORIO	OTRAS NOTAS IMPORTANTES
27/06/2013 5:38pm	Cirujano General Fernando García	Dolor leve	Sin indicación	Sin indicación	
28/jun/13 10:03am	Cirujano General Andrés Valencia	Dolor hombro, epigastrio y mesogastrio	Pulso 82	Sin indicación	
28/06/13 2:38pm	Médico General Julio C García	Dolor difuso a la palpación	Pulso 87	Sin indicación	
29/06/13 10:27am	Cirujana General Gloria Inés Chávez E.	Grave dolor en hombros	Pulso 96 FC 106 Taquicardia	EF con moderada dificultad respiratoria, hipoventilada con estertores basales, distendida por posible gas acumulado	
29/06/13 5:49pm	Médico General Jorge Alejandro Velasco	Leve dolor a la palpación	Pulso 98	Sin indicación	
30/06/13 10:31am	Cirujano General Gloria Inés Chávez E.	Dolor en ambos hombros por gas en abdómen, dolor en heridas quirúrgicas, dolor moderado	Fc 96 Pulso 112 Ruidos cardiacos taquicárdicos	Con moderada dificultad respiratoria, hipoventilada	Paciente muy sintomático se pide serie GI alta para descartar complicación. Nada vía oral
30/06/13 2:34pm	Médico General Julio C García	Refiere persistencia del dolor en hombro y brazo izquierdo	Frecuencia cardiaca 112	Sin indicación	
1/07/13 11:50am	Médico General Diego Giraldo S.	Refiere dolor en el hombro derecho, dolor abdominal en el hipocondro derecho y cólico menstrual	No menciona	Sin indicación	
1/07/13 5:20pm	Médico General Diego Giraldo S.	Dolor leve	Pulso 95	Sin indicación	
1/07/13 8:10pm	Cirujano General Fernando García	Dolor hombro derechos el cual ha cedido casi por completo, dolor en epigastrio	Pulso 95	Sin indicación	
2/07/13 10:08am	Cirujano General Andrés Valencia	Dolor leve	Pulso 87	Sin indicación	
2/07/13 2:36pm	Médico General Julio C García	Le ha disminuido significativamente el dolor	Frecuencia cardiaca 73	Sin indicación	Infoma que se siente mejor con respecto a días anteriores
2/07/13 11:05pm	Cirujano General Jorge Alejandro Velasco	Dolor abdominal que irradia miembros superiores, dolor moderado	Pulso 85 Rscs rítmicos taquicárdicos	Sin indicación	
3/07/13 8:33am	Médico General Julio C García	Dolor difuso a la palpación	Frecuencia cardiaca 100	Sin indicación	Refiere sentirse bien en el momento. Ha manifestado posterior a la cirugía dolor intenso localizado en el hombro y miembro superior izquierdo de intensidad variable. Paciente con deterioro con respecto al día anterior, ya que ha aumentado el dolor ya descrito, además intolerancia a la vía oral
3/07/13 9:35am	Cirujana General Gloria Inés Chávez E.	Con dolor a la palpación peritoneal. Dolor Grave	Taquicardia Pulso 100	Con moderada dificultad respiratoria, hipoventilada, distendida.	Paciente que continúa muy sintomática. Tiene pendiente serie gástrica Urgente, Nada de vía oral
3/07/13 5:31pm	Cirujano General Fernando García	Dolor leve	Pulso 121 Taquicarda	RX de tórax del 30 demostraba dilatación de asas delgadas con neumoperitoneo persistente	Sin adecuada evolución, viene tolerando dieta líquida, normotensa con aumento de la PCR y leucocitos de 15000. Refiere sensación de distensión abdominal sin dolor a la palpación
4/07/13 11:37am	Médico General Julio C García	Dolor difuso a la palpación, sin dolor	Frecuencia cardiaca 90	Sin indicación	Hoy en ronda con cirugía general se decide retirar sonda nasogástrica e iniciar tolerancia a la vía oral, dieta líquida
4/07/13 11:40am	Cirujano General Andrés Valencia	No dolor abdominal espontáneo, dolor leve	Pulso 90	Sin indicación	Paciente refiere sentirse mucho mejor, paciente en mejores condiciones generales, retirar SNG y reiniciar dieta con líquidos claros exclusivamente
4/07/13 9:41pm	Médico General Alexander Niño B	Dolor dorsal izquierdo asociado a leve disnea al acostarse, dolor mejora al sentarse	Pulso 103	Sin indicación	Con paraclínicos que muestran leucocitosis importante con neutrofilia, con PCR elevada y parcial de orina no sugestivos de IVU, se comenta con cirujano de turno quien refiere dar manejo analgésico según dolor y solicitar paraclínicos de control
5/07/13 9:05am	Médico General Julio C García	Se siente muy mal, refiere sensación de disnea. Manifiesta dolor de iguales características	Frecuencia cardiaca 118	Hoy con alteración de su función respiratoria neumoperitoneo	Paciente con regulares condiciones generales. Paciente con deterioro en su estado general con respecto al día de ayer. Esperamos en ronda con cirujano general la posibilidad de llevar a revisión quirúrgica
05/07/13 10am	Médico General Julio C García	Dolor moderado	Pulso 118	Sin indicación	Paciente valorada en ronda con cirugía general, consideran necesario llevarla a revisión quirúrgica
05/07/13 10:55am	Cirujano General Andrés Valencia		Pulso 118	con gran esfuerzo respiratorio, con retracciones supra esternales y supra claviculares. CsPs con murmulo vesicular disminuido de intensidad en hemitorax derecho, abdomen levemente distensionado, con disfunción ventilatoria severa	Paciente con disnea progresiva severa desde anoche. Paciente en regulares condiciones generales, . Leucocitosis y neutrofilia. PCR elevada. Gases arteriales con acidosis metabólica. Paciente con evolución desfavorable con SIRIS con cidosis metabólica. Se decide programar para revisión quirúrgica y descartar complicación POP, se reserva cama en UCI

Como fácilmente se observa en el cuadro, la señora María Elsy Gallego Jiménez siempre refirió la presencia de dolor en diferentes partes de su cuerpo -bien fuera en hombro(s), mesogastrio, epigastrio, abdomen o en varios de ellos-, el cual era percibido en distintos grados, de manera tal que esa condición estuvo presente como patrón en todas las evoluciones.

No obstante lo anterior, no puede pasarse por alto que la paciente se encontraba en un post quirúrgico, en el que según las reglas de la experiencia es muy factible la presencia de esa desagradable experiencia sensitiva; incluso el mismo cirujano que practicó la intervención, Fernando Alzate Garcia, señaló: “digamos si evaluamos cualquier paciente, más en este caso en particular, es un paciente con un postoperatorio muy reciente en el cual lleva 24 y 48 horas, la cual el dolor es el síntoma dominante en los pacientes con cirugía de esta envergadura ya que es un condicionante para cualquier paciente que este intervenido que refiera una escala de dolor que es subjetiva y la subjetividad un paciente puede definir que es muy intensa o puede ser moderada, en fin, aparentemente no indica la gravedad del estado del dolor, hay pacientes que tienen un umbral muy bajo y otros que pueden tener un umbral muy alto y tener una patología grave o no, con respecto a la valoración sólo subjetiva del dolor”.

En similar sentido el perito médico, Luis Fernando Becerra González, conceptuó: “es importante es aclarar una cosa, no podemos decir señora juez, que yo digo que en el postoperatorio tenía complicaciones como dolor y que yo decía que iba bien, entonces hay que recordar que un post quirúrgico cursa con dolor, eso es un síntoma inherente a un procedimiento quirúrgico en más del 95% de los casos, es más infrecuente un procedimiento que no produzca dolor, hay que partir de ese hecho. Hay que tener en cuenta que yo hago referencia a que en un post quirúrgico de cirugía gastrointestinal, de cirugía abdominal por laparoscopia es frecuente el dolor en las primeras horas, en los primeros días, un dolor inespecífico como se describe en las repetidas evaluaciones tanto de medicina general como de la especialidad de cirugía general, un dolor abdominal y un dolor en el hombro izquierdo, un dolor en los hombros, incluso a veces hablaba del hombro derecho también, hablaban de dolor en el epigastrio que es el tercio superior del abdomen y no nos hablaban de hipertermia, no nos hablaban de cuando se le inició la vía oral como de intolerancia a la vía oral, no nos hablaban como de otra serie de síntomas” (a partir del minuto 44:17).

Amén de lo descrito en las declaraciones de los galenos arriba referidos, importa indicar que la parte demandante no acreditó que la escala de dolor, su duración o a la afectación a diferentes órganos o partes del cuerpo de la paciente, pudieran ser indicativos de una inadecuada evolución o dieran lugar a que se generara en el cuerpo de médicos algún tipo de sospecha sobre la presencia de un proceso infeccioso; quedando por el contrario probado, que esa sensación de afectación correspondía a uno de los síntomas propios luego de una cirugía como la que le fue practicada a la señora María Elsy.

En lo que respecta a la taquicardia, si bien es cierto aparece registrada en anotaciones del 29 de junio, 30 junio y 3 de julio, también lo es, que en esos mismos interregnos de tiempo aparecieron anotados datos de frecuencias y/o pulso por debajo o igual a 100 latidos por minuto<sup>10</sup>, lo que da cuenta de la variabilidad de esa anomalía, y solo a partir del registro del 4 de julio -9:41pm- el pulso alto -por encima de 100-, se tornó en una constante, justo un día antes de realizarse el primer lavado peritoneal y drenaje por peritonitis.

En lo atinente a las complicaciones respiratorias que aparecen anotadas en las evoluciones, sea suficiente con señalar, que los tres médicos que declararon en el proceso coincidieron en que esa molestia correspondía a una secuela propia de la técnica utilizada en la cirugía laparoscópica, señalando al efecto el cirujano García Alzate: “Con respecto a los hallazgos que la Dra. Refiere [los registrados por la cirujana Gloria Chávez Echeverri], son hallazgos que los podemos considerar de alguna forma normales, naturales en la evolución de un postoperatorio, en una cirugía antireflujo por laparoscopia, en la cual haya dolor en los hombros, lo cual haya alguna sensación de dificultad respiratoria, más porque si digamos en la laparoscopia se insufla gas en el abdomen, éste como Usted bien sabe Dr., produce restricción respiratoria y produce muchas molestias para el bienestar o la sensación de sentirse bien o mal en un postoperatorio. Con respecto a los hallazgos ya objetivos como tal, entonces vemos que la Dra. habla de que hay hipoventilación en los vasos pulmonares, lo que a veces es frecuente

---

<sup>10</sup> Evoluciones del 2 de julio de 2013 - 10:08 a.m., del 2 de julio de 2013 - 2:36 p.m., del 4 de julio de 2013 - 11:37 a.m. y del 4 de julio - 11:40 a.m.

en algunos pacientes por dolor que no son capaces de respirar adecuadamente, entonces sus bases pulmonares a veces no se ventilan bien y da una sensación de asfixia por ejemplo, el dolor en los hombros es casi siempre algo residual al aire que queda dentro del abdomen dentro de una cirugía por laparoscopia, algún grado de gas queda adentro y genera esas molestias, que para mi concepto en la valoración era los hallazgos que pudiéramos presentar en la mayoría de los pacientes a cuales se les hace esta cirugía...” (a partir del minuto 1:07:18).

Frente a los resultados de los exámenes clínicos que en dos ocasiones dieron cuenta de leucocitosis, la misma médica cirujana Gloria Inés Chávez Echeverri, al interrogársele por el incremento en esos valores (pasar de 13.300 leucocitos en el cuadro hemático del 30 de junio a 15.000 en el de 3 de julio), manifestó de manera enfática: “señora Magistrada como yo le dije luego de un procedimiento quirúrgico que es una agresión digamos se puede presentar y seguir aumentando 13, 14, 15 hasta 16 o 17 y después que pase el trauma quirúrgico que presenta 3, 4, 5 incluso hasta 7 días ya esto se va bajando, se va normalizando sin que haya un proceso infeccioso, una complicación quirúrgica” (min 42:44).

También aclaró esa especialista las expresiones “paciente muy sintomática” y “paciente que continúa muy sintomática” que registró en las notas de evolución de los días 30 de junio y 3 de julio de 2013, revelando: “...yo puse en esa nota quien continúa muy sintomática porque la paciente seguía con dificultad respiratoria que se puede presentar secundaria a la cirugía, estaba en ese momento todavía distendida por el gas de la cirugía y yo por eso escribí que no había una irritación peritoneal clara como para que yo pudiera decir en ese momento que la paciente en ese momento estaba cursando por una complicación quirúrgica, si usted lee: paciente que continúa muy sintomática, mire que yo en el momento estoy diciendo: con moderada dificultad respiratoria y la triada básica de una perforación es una falla respiratoria aguda, y también dije: está taquicárdica, si porque toda paciente que tenga todavía aire puede estar con aumento en la frecuencia cardíaca por eso dije que estaba hiperventilada, distendida pero yo especifiqué que en ese momento no había ningún signo claro de que la paciente tuviera irritación peritoneal que es lo que indica un abdomen agudo, otra cosa que yo especifiqué que la paciente estaba afebril” (min 32:50).

Téngase en cuenta que los signos y síntomas que fueron interpretados por la parte demandante como indicativos de una inadecuada evolución, fueron explicados detalladamente por los galenos que comparecieron al proceso como compatibles con los esperados durante el post quirúrgico que atravesaba la paciente.

Sobre el punto particular conceptuó el perito: “Los síntomas en el posoperatorio descritos en la historia clínica evidencian en el segundo y tercer día de su cirugía (29 y 30 de junio) paciente con signos vitales en rango de normalidad para la temperatura (36.6 °C), tensión arterial media (65mmHg), frecuencia respiratoria (22 y 17 por minuto), frecuencia cardíaca con dos mediciones, una sin taquicardia (96 por minuto) y otra con taquicardia (112 por minuto). Síntomas que no son específicos ni contundentes de una perforación esofágica, por el contrario apuntan a una evolución esperada hacia la normalidad. El examen físico, baluarte inobjetable en las manifestaciones de complicaciones en el postoperatorio, no demostraron cambios concluyentes de una filtración esofágica con el desarrollo de peritonitis secundaria, ya que según consta en la historia clínica la palpación de abdomen realizados por médico general (el 29 de junio), por especialista en cirugía general, Dra. Gloria Inés Chávez (el 30 de junio) y por otro cirujano especialista Dr. Fernando García Alzate (el 1 de julio) no detectaron signos de alarma de ocurrencia en casos de peritonitis, según describen: abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal y mínimo dolor abdominal en sus evaluaciones profesionales en días diferentes de su posoperatorio...” (fl.394, C.2). Esas mismas conclusiones fueron expuestas por la Cirujana General Gloria Chávez, quien al preguntársele si las notas de evolución por ella registradas los días 30 de junio y 3 de julio correspondían a los signos y síntomas propios del postquirúrgico, puntualizó: “si señora magistrada, hasta ese momento yo puedo decir que tenía una evolución muy compatible con la cirugía, porque como yo le expliqué cuando uno hace una cirugía con insuflación de gas esa es la diferencia, que como entra gas, ese gas en algunas personas se demora un determinado tiempo para reabsorberse, entonces ese dolor en los hombros, moderada dificultad respiratoria, a veces taquicardia, yo en ningún momento, digamos dentro de la evolución he dicho lo que es característico de un abdomen agudo o que tuviera una irritación peritoneal (...) fue exactamente el 5 de julio en que ya la paciente comenzó a presentar una falla

respiratoria aguda y compromiso en el estado general porque esta es una patología catastrófica y es una patología que se presenta de un momento a otro y de acuerdo a ese día en que se presentó, fue llevada a cirugía, le hicieron el tratamiento, la siguieron revisando, le pusieron después la prótesis (...)" (min 36:18).

Debe resaltarse que los dos testigos técnicos que comparecieron al proceso son médicos especialistas en cirugía general<sup>11</sup>, con una experiencia superior a 20 años para el momento de los hechos, quienes respondieron de manera coherente e hilada los distintos interrogantes formulados, ofreciendo credibilidad sus respuestas, las cuales fueron explicadas y justificadas adecuadamente; por otro lado, tampoco se observó parcialidad en razón de la vinculación de los galenos con la IPS demandada, circunstancia que les permitió conocer de primera mano los hechos objeto del proceso y a partir de los mismos, suministrar su versión desde la perspectiva de su saber técnico.

Por otro lado, el dictamen fue presentado por un profesional idóneo, quien señaló al momento de surtirse su acreditación en la audiencia de contradicción, poseer no solo conocimientos médicos especializados en el tema que interesa al proceso, sino contar con experiencia específica -profesor de cirugía general de pre grado y post grado, coordinador de cirugía laparoscópica y bariátrica de la Universidad de Caldas, autor de distintos artículos científicos-, que lo hacen una autoridad en la materia sobre la que recayó su dictamen. Así mismo, el Perito Médico refirió la metodología utilizada para elaborar su trabajo, señalando que se fundó en el "análisis pormenorizado" de la historia clínica, complementado con "literatura médica" y su "experiencia profesional". Lo expuesto lleva a esta Sala, a otorgarle credibilidad a las conclusiones y manifestaciones realizadas por el experto tanto en el dictamen como en la declaración.

Conforme lo visto, resulta claro que la señora María Elsy Gallego presentó síntomas variables, irregulares e inespecíficos durante su inmediato post quirúrgico, los cuáles eran compatibles con los efectos propios de la cirugía que le habían practicado, sin que se acreditara por la parte demandante una situación contraria a la esbozada por los dos declarantes médicos.

Nótese como el apelante se circunscribió a expresar su inconformidad por la falta de vigilancia en el post operatorio inmediato de la paciente; pero no aludió cuáles eran las pautas que se esperaba siguieran los galenos, tampoco acreditó la existencia de algún protocolo que fuera inobservado por aquéllos para el manejo clínico y de atención que requiriera la señora María Elsy. Por el contrario, de las pruebas arrimadas al proceso se desprende que luego de la cirugía de reflujo practicada el 27 de junio, la paciente estuvo sometida a un estricto cuidado y vigilancia por parte de médicos generales, cirujanos generales, intensivistas, equipo de enfermería, entre otros. También se probó que durante esa etapa y en general, durante toda la hospitalización se le practicaron los exámenes requeridos -diagnósticos, de laboratorio, imagenológicos, etc.- y los procedimientos idóneos para salvaguardarle la vida, todo sin lograr los efectos perseguidos; lo anterior redundo en la improsperidad del cargo de apelación aquí estudiado.

#### **b. Del examen "SERIE GI ALTA PARA DESCARTAR COMPLICACIÓN".**

Buena parte de la censura planteada por el extremo actor se centra en la no realización del examen "SERIE GI ALTA PARA DESCARTAR COMPLICACIÓN" que fuera

---

<sup>11</sup> El doctor Fernando García Alzate fue quien practicó la primera cirugía a la paciente y éste junto con la doctora Gloria Inés Chávez, evolucionaron en distintos momentos a la paciente.

ordenado por la cirujana general Gloria Inés Echeverri el día 30 de junio de 2013, el cual, en su sentir, habría puesto en evidencia la complicación que afectaba a la paciente, que de haber sido detectada tempestivamente le habría permitido a la señora María Elsy un tratamiento oportuno.

Efectivamente en la historia clínica está registrada la orden arriba aludida; sin embargo, del caudal arribado al proceso se logró establecer que se trataba de un examen rutinario o en palabras de la misma médica que lo ordenó: “En ese momento yo lo hice simplemente como un descarte, pero clínicamente en ese momento no había la sintomatología y signología correspondiente a una perforación aguda del esófago, yo qué pienso, debido a su proceso crónico y tener muy friable el esófago posteriormente en el séptimo u octavo día pudo haber presentado ya esa perforación, pero no secundaria a la cirugía sino secundaria a las condiciones que presentaba el esófago de la paciente” (min 27:36).

No obstante, la testigo Gloria Chávez confirmara que con el examen serie GI alta se puede descubrir una fístula esofágica; ha de precisarse que la misma médica aclaró: “Esta [la fístula] se puede detectar en el momento si la paciente la presenta, pero como yo especifiqué en ese momento no tenía ni radiográficamente, ni clínicamente ni sintomatológicamente signos de perforación y ya le habían realizado un examen con azul de metileno dentro del procedimiento quirúrgico que no mostró que la paciente tuviera ninguna fisuración, yo pienso que este examen tal vez hubiera dado algún resultado positivo si se hubiera hecho el día 5 de julio en que la paciente si presentó una falla respiratoria aguda que es la que se presenta digamos en estos pacientes, tal vez que fue el día que se llevó a cirugía, ese día si tal vez hubiera presentado algo digamos posiblemente hubiera presentado una salida del medio de contraste al mediastino a los tejidos de ese compartimiento, a los órganos de ese compartimiento” (min 25:55).

Es importante precisar, que tal como se puso de presente en el acápite de hechos acreditados, al terminar la cirugía “Antirreflujo de esfínter por laparoscopia toracosopia” se realizó a la paciente una prueba de “indemnidad esofágica” con “azul de metileno”, cuya finalidad era determinar la existencia de filtraciones en las paredes del tubo digestivo<sup>12</sup>, descartándose su presencia, afirmado incluso el perito que para ese momento no había fístula en el esófago<sup>13</sup>, esto es, para el 27 de junio; lo anterior corrobora la tesis de la aparición tardía de la lesión que fuera sostenida por los médicos declarantes, quienes descartaron su presencia como complicación inmediata, asegurando incluso la Cirujana Chávez, que ese tipo de complicación debe corregirse dentro de las 24 horas a su aparición por su alta morbilidad<sup>14</sup>.

Lo hasta aquí expuesto redundante en que la parte actora incumpliera ostensiblemente su carga probatoria, pues se limitó a realizar aseveraciones sin ningún tipo de soporte, mientras que su contraparte allegó las pruebas técnicas aunada a la prueba de oficio, con la que se minimizó tanto la importancia como la eficacia del examen echado de menos por el apelante, por lo que su reclamación no tiene vocación de éxito.

Frente a la necesidad de prueba en procesos de responsabilidad médica, se ha señalado por vía jurisprudencial: “En otras palabras, la historia clínica, en sí misma, no revela los errores médicos imputados a los demandados. Esto, desde luego, no significa la postulación de una tarifa probatoria en materia de responsabilidad médica o de cualquier otra disciplina objeto de juzgamiento. Tratándose de asuntos médicos, cuyos conocimientos son especializados, se requiere esencialmente que las pruebas de esa modalidad demuestren la mala praxis.

Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que ‘(...) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (...) sobre las reglas (...) que la ciencia de que se

---

<sup>12</sup> Declaración del perito, a partir del minuto 38:41.

<sup>13</sup> Minuto 44:01.

<sup>14</sup> Declaración de la médico cirujana Gloria Inés Chaves (h.1:39:04).

trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (...)”<sup>15</sup>.

Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, ‘(...) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (...)’<sup>16</sup>.

### c. De otros exámenes diagnósticos.

Reprochó el apelante que no se utilizaran con antelación otras formas diagnósticas como la tomografía, que hubiese podido establecer la inadecuada evolución de la paciente.

De la revisión de la historia clínica, evoluciones, resumen de epicrisis, resultados de exámenes diagnósticos y de laboratorio, se establece que luego de la primera cirugía y hasta el 6 de julio de 2013<sup>17</sup>, le practicaron a la señora María Elsy Gallego los exámenes cuyos resultados se detallan a continuación:

EXÁMEN	FECHA ORDEN	FECHA REPORTE	CONCLUSION/HALLAZGOS
ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	29-jun-13	2-jul-13	Ascitis reactiva de origen a determinar
TORAX PA Y LATERAL	29-jun-13	3-jul-13	No se define consolidación neumónica; dudoso derrame pleural localizado en el compartimento posterobasal de ambos hemitorax; aire libre bajo el hemidiagrama derecho (neuroperitoneo); distensión aérea de las asas intestinales tanto gruesas como delgadas al interior del abdomen
PARACLÍNICOS	29-jun-13	30-jun-13	Leucocitos 13300
SERIE GI ALTA	30-jun-13		NO APARECE NOTA DE REALIZACIÓN Y/O RESULTADO
ABDOMEN SIMPLE	3-jul-13	4-jul-13	Estructuras óseas visualizadas de aspecto normal; cambios tempranos por artrosis; gas al interior del marco cólico y la cámara gástrica; no se identifican calcificaciones distróficas sobrepuestas a las siluetas renales, el trayecto de los uréteres o la vejiga; llama la atención la presencia de sombras gaseosas localizadas a nivel de compartimento izquierdo y medial de la caja torácica; recomiéndase radiografía de tórax PA y lateral
CUADRO HEMÁTICO	3-jul-13	4-jul-13	Leucocitos 15000
CUADRO HEMÁTICO	4-jul-13	4-jul-13	Leucocitos 14100
PROTEÍNA C REACTIVA		3/jul/13	Proteína C reactiva: 240.3 mg/1
TORAX PA Y LATERAL	4-jul-13	5-jul-13	Aumento en el volumen del ventrículo izquierdo; elevación del hemidiafragma derecho abajo del cual se identifica aire libre (neumoperitoneo); da la impresión de haber mínimo derrame pleural izquierdo que oblitera los ángulos cardio y costofrénicos; hilios pulmonares y cayado aórtico normales; estructuras óseas de aspecto normal
UROANÁLISIS CON GRAM Y URICULTIVO		4-jul-13	Descarta infección vías urinarias
RX DE TORAX PORTÁTIL	5-jul-13	8/07/2013 16:29.	Aumento en el volumen del ventrículo izquierdo; sonda de intubación endotraqueal; prominencia hilar; edema de la cisura horizontal derecha; cateter subclavio derecho; sonda de drenaje torácico bilateral; líquido libre al interior del espacio intersticial; cateter jugular interno izquierdo.
RX DE TORAX PORTÁTIL	5-jul-13	8/07/2013 16:33.	Aumento en el volumen de la silueta cardiaca, especialmente notorio en el ventrículo izquierdo; Prominencia hilar derecha y del cayado aórtico; sonda de intubación endotraqueal; derrame pleural derecho; líquido libre contenido al interior del espacio intersticial del citado hemotórax; catéter subclavio derecho; sonda de drenaje torácico derecho e izquierdo.
TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX	6-jul-13	7-jul-13	Extrabación distal del esófago; derrame pleural bilateral; cambios infecciosos en pulmón izquierdo neumónicos

Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia 26 de septiembre de 2002, Exp.6878.

<sup>16</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de enero de 2018, M.P. Dr. Luis Armando Tolosa Villabona, Exp.2012-445.

<sup>17</sup> Un día después de la cirugía “Laparotomía exploratoria, lavado peritoneal, drenaje peritonitis generalizada, toracotomía, laparoscopia diagnostica”.

Como se evidencia en el cuadro arriba detallado, fue con la tomografía axial computada que se evidenció el hallazgo de la fistula esofágica, el cual, según el dicho del mismo perito, es un examen "... que nos podía ayudar en un momento dado en un diagnóstico en una conducta" (A partir del minuto 1:09:53).

Ahora, en el cuestionario escrito rendido por el perito, cuando se le preguntó si a la paciente le ordenaron estudios para descartar la perforación esofágica, respondió: "Una vez revisada la historia clínica de la paciente se encontró que se ordenaron rayos x de tórax y serie digestiva alta además de ecografía abdominal"; señalando más adelante: "En la revisión de la radiografía de tórax no hay cambio que sugiera enfermedad (neumomediastino o derrame) en los primeros cuatro días del post operatorio, pero cuatro días después evidenció cambios anormales reportados como derrames pleurales y atelectasias. Respecto al esofagrama y serie digestiva alta ordenada y realizada, el estudio evidenció filtración esofágica, el día 8 de julio. Realizada al día siguiente de la intervención quirúrgica sin detectarse dicha fuga". En sentido similar, la cirujana Gloria Inés Chávez, aseveró que la radiografía de tórax -que desde el principio fue ordenada y practicada- corresponde al examen que puede con mayor facilidad una fístula esofágica<sup>18</sup>.

Nótese como, contrario a lo señalado por el censor, eran varios los exámenes con los que podía detectar la presencia de la fístula esofágica que presentaba la paciente, siendo ordenados 2 de ellos al segundo día luego de realizarse la cirugía y practicados a los 4 días, sin que se evidenciara esa complicación; que ni siquiera pudiera ser detectada por el cirujano cuando realizó la primera laparotomía exploratoria, lavado peritoneal y drenaje de peritonitis, generándose la sospecha solo el día siguiente (6 de julio), como se lee en la nota del Médico Cirujano Jimmy Andrés Gallego Ramírez: "...análisis paciente en pop de cirugía antirreflujo por laparoscopia, quien ha presentado evolución desfavorable, con presencia de empiema pleural bilateral y de líquido abdominal de peritonitis, lo que sugiere eventual perforación de esófago, se llevó a cirugía para revisión, pero no se documentó dicha sospecha, su terapia antibiótica ha disminuido un poco la leucocitosis sin embargo aún continúa con proceso séptico, se indica realizar esofagograma con medio hidro soluble y realizar tac de tórax contrastado, se indica revisión quirúrgica mañana luego de paraclínicos se evaluara posible avance".

También es importante recalcar que el estudio del caso clínico se construye sobre el método inductivo, pues es a partir de la sintomatología que presente la paciente que el médico va confirmando o descartando los padecimientos de aquél; resultando claro según lo afirmado por los dos médicos que declararon en el proceso que, la señora María Elsy Gallego Jiménez presentaba unos síntomas inespecíficos e irregulares durante su post operatorio inmediato, que se asimilaban a las molestias compatibles con una evolución seguida de la cirugía que le fuera practicada el 27 de junio.

En este orden de ideas, lo único que se pudo establecer es que a la paciente le practicaron los exámenes que se consideraron necesarios conforme la sintomatología que presentaba la paciente, e incluso en algunos medios diagnósticos realizados antes de la tomografía axial, no aparecía evidencia de la fístula esofágica, la cuál ni siquiera pudo ser observada en la cirugía exploratoria que le fuera realizada el 5 de julio. Así pues, no se encuentra negligencia endilgable a la demandada al no haber ordenado antes del 6 de julio la tomografía axial, por lo que tampoco se abre paso el reclamo aquí estudiado.

Un último punto censurado por el apelante hace referencia a la responsabilidad organizacional en la prestación del servicio de salud, para lo cual depreca se aplique

---

<sup>18</sup> Ver, 1:25:30.

un precedente jurisprudencial<sup>19</sup>. Sobre el punto ha de manifestarse que en esa providencia se casó la sentencia y se produjo una sustitutiva condenatoria, al encontrarse “debidamente soportadas en hechos probados y a la luz de los estándares de la medicina” con “un alto grado de probabilidad que la muerte de la madre y esposa de los demandantes se debió a la culpa organizacional de las entidades demandadas (...). A juzgar por el gran cúmulo de errores y equivocaciones persistentes, negligentes e injustificables del equipo médico, lo único normal en este caso según los dictados de la ciencia médica y la experiencia, fue el desenlace fatal al que dio lugar el proceso organizacional defectuoso, culpable e inhumano de la Clínica Las Vegas; siendo lo más extraño de todo ello que la usuaria del sistema de salud lograra resistir”.

Así pues, las conclusiones fácticas a las que llegó la Honorable Corte Suprema de Justicia en el denominado “Caso Las Vegas”, distan diametralmente de lo probado dentro del asunto que nos ocupa, en el que no se demostró ningún error médico o administrativo en la atención suministrada a la señora María Elsy, que pudiera ser imputable a alguno de los actores dentro del proceso de prestación del servicio de salud, y permitiera de alguna forma aplicar las teorías culpabilísticas desarrolladas en esa erudita jurisprudencia.

En ese mismo orden de ideas, tampoco se acreditó el desconocimiento de los preceptos contenidos en el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud, probándose por el contrario que la familiar de los actores accedió a los servicios de salud a través de las entidades demandadas, sin que se alegara algún tipo de retraso en su prestación; así mismo, se demostró que la paciente tuvo a su disposición la infraestructura física, tecnológica y asistencial de las entidades convocadas, aunado a la atención dispensada por el equipo médico y asistencial, acorde a la evidencia clínica y estándares científicos.

Así pues, no existió inobservancia al precepto normativo aludido por el actor, ni tampoco desconocimiento jurisprudencial.

A manera de corolario, sea suficiente con señalar que ninguno de los reproches realizados por el apelante contra la sentencia de primera instancia tiene vocación de prosperidad, tal como se detalló en la parte considerativa; de modo que se procederá a confirmar el fallo apelado y, en consecuencia, se condenará en costas a la parte recurrente.

#### **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 12 de diciembre de 2019 por el Juzgado Primero Civil Circuito de Manizales, dentro del proceso de declarativo de responsabilidad médica promovido por Ofelia Jiménez de Gallego, Luis Norvey Gallego Jiménez, María Marleny Gallego Jiménez, actuando en nombre propio y en representación de Diego Fernando Gallego Becerra, Néstor Gallego Salazar, Omaira Rivera Gallego, José Ocias Rivera Gallego y Sara Alely Gallego Becerra contra Clínica Avidanti S.A.S., trámite al cual fue vinculado Allianz Seguros S.A.

---

<sup>19</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, SC13925-2016 del 30 de septiembre de 2016, M.P. Ariel Salazar

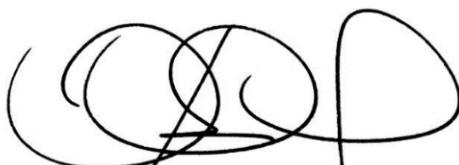
**SEGUNDO: CONDENAR** en costas a la parte demandante.

**TERCERO: DEVUÉLVASE** el expediente al Juzgado de Origen, una vez se fijen las agencias en derecho por la Magistrada Sustanciadora, en lo que atañe a costas de segunda instancia, conforme lo prevé el artículo 366 del C. G. del P.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**SANDRA JAIDIVE FAJARDO ROMERO**  
**MAGISTRADA**



**SOFY SORAYA MOSQUERA MOTOA**  
**MAGISTRADA**



**ÁNGELA MARÍA PUERTA CÁRDENAS**  
**MAGISTRADA**