



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO ARMENIA – QUINDÍO

Asunto: Sentencia de primera instancia
Demandante: Rosalba Hurtado Hincapié y/o
Demandado: Coomeva EPS y/o
Proceso: Verbal – Responsabilidad médica
Radicado: 63001-31-03-003-2017-00225-00

Noviembre veinticuatro (24) de dos mil veintiuno (2021)

I. OBJETO

Finalizado el trámite de la instancia, no se observan causales que puedan conducir a su invalidación, en consecuencia, seguidamente se profiere la sentencia de primer grado.

II. ANTECEDENTES

1. Demanda.

Rosalba Hurtado Hincapié, María Teresa, Gerardo, Roberto, Gustavo y Luís Hernando Hincapié Hurtado, a través de apoderado judicial, presentaron demanda para promover Proceso con pretensión de declaración de responsabilidad médica contra Coomeva ESP S.A., Dumian Medical S.A.S. y/o Clínica del Café.

1.1. Pretensiones

Reclamaron que se les declarara contractualmente responsables por el fallecimiento de su hijo y hermano José Albeiro Hincapié Hurtado, como consecuencia de la caída sufrida el 30-05-2015 cuándo se encontraba hospitalizado en la Clínica Del Café Dumian Medical.

En subsidio, pidieron esa misma declaración, bajo la modalidad extracontractual.

En consecuencia, imploran que se les condene a pagar, por concepto de daño moral, 100 SMLMV para Rosalba Hurtado Hincapié y 50 SMLMV para María Teresa, Roberto, Gustavo y Luís Hernando Hincapié Hurtado. Adicionalmente, 100 SMLMV para la primera, por daño a la vida de relación.

1.2. Hechos.

En auxilio de tales aspiraciones adujeron, en síntesis, que José Albeiro Hincapié Hurtado ingresó a la Clínica del Café el 15-04-2015 porque sufría síndrome de Rosai-Dorfman y antecedente de meningioma.

Estaba hemodinámica-mente estable, sin dificultad respiratoria, alerta, orientado, con disartria moderada, hemiparesia izquierda, limitación para la marcha.

El 29-04-2015 se le realizó el procedimiento de embolización prequirúrgica de tumor intracerebral, con desvascularización completa. El

04-05-2015, le implantaron catéter de derivación ventrículo peritoneal en cavidad abdominal. Le practicaron resección de masa tumoral sin complicaciones.

Durante el posoperatorio tuvo una evolución favorable. Hemodinámica-mente estable, sin deterioro neurológico con respecto al déficit de base. Tiene trastorno deglutorio. Mejora paulatinamente su estado de conciencia, regulares condiciones generales, atiende llamado, obedece órdenes simples, con patrón respiratorio regular, neurológicamente estacionario, no habla. Presenta clonias de grupos musculares en piernas y brazos. Tolera vía oral.

El 31-05-2015 se calló de la camilla hospitalaria, posteriormente tuvo convulsión tónico clónica generalizada, presenta trauma de cráneo, laceración en región frontal derecha sangrado escaso. Se documenta deterioro del estado de conciencia, requiere intubación orotraqueal, Galsgow deprimido, el TAC muestra gran hemorragia intraparenquimatosa y subdural aguda con herniación. Mal pronóstico. Fiebre, respuesta inflamatoria.

A partir de entonces la evolución del paciente fue desfavorable, tuvo diversas infecciones y escaras. Estuvo hospitalizado hasta el 19-08-2015. Falleció el 07-10-2015.

Como consecuencia de ese hecho los demandantes padecieron perjuicios de diverso orden.

2. Oposición.

2.1. Dumian Medial S.A.S.

Aceptó la fecha de internación del paciente y su diagnóstico. Preciso su estado clínico, que declinó la cirugía que la prescribieron con antelación y que no contaba con acompañante permanente.

Desde el 04-11-2014 presentaba lesiones con efecto de masa. Se negó a someterse a la cirugía propuesta por La Clínica del Café. El 17-04-2015 la TAC muestra lesión cerebral. Su estado es delicado, presenta varios meningiomas. No le constan los hechos relacionados con la atención prestada en la Clínica San Rafael.

Antes de la caída, el paciente estuvo acompañado por una vecina, quien dejó las barandas de la cama abajo, contraviniendo las recomendaciones del personal de la clínica y de los rotuos y avisos de seguridad de la habitación.

Inicialmente sostuvo que no le constan la caída. Más adelante, que las convulsiones fueron anteriores a la misma y no posteriores. Agrega que presentó deterioro del estado de conciencia, requirió intubación oro-traqueal, gran hemorragia perenquimatosa y subdura con herniación, fiebre, inflamación sistémica. Mal pronóstico. Fue al convulsionar que sufrió el evento adverso.

Aceptó que se levantó un acta de análisis de evento adverso el 02-06-2015 y que aquí se remarca como acción insegura la ausencia de supervisión del paciente por el personal a cargo y por la familia. Destaca que en ella se indicó que el acompañante del paciente se retiró, sin informar. La auxiliar de enfermería, Adriana Vargas Capacitó al acompañante. sobre la importancia de su permanencia durante la noche. El acompañante fue quien dejó las barras de seguridad abajo, posteriormente, el paciente convulsionó y se presentó el evento adverso.

Aceptó que en dicha acta se plantea que, al momento de la entrega y recibo de turno la estación de enfermería no debe quedar sola. Esto se hizo como una recomendación en el plan de mejoramiento, lo cual no implica que esa haya sido la causa del evento adverso. Es obligatorio, en este tipo de pacientes contar con un acompañante permanente.

Propuso las excepciones de mérito que denominó: i) ausencia de responsabilidad por culpa exclusiva del acompañante de la víctima, ii) diligencia y cuidado por parte del personal médico y de enfermería. Cumplimiento de las obligaciones establecidas en las normas legales vigentes por parte de la clínica, iii) caso fortuito, iv) rompimiento del nexo causal, v) indebida y excesiva tasación de perjuicios, vi) ausencia de pruebas y de daño.

Llamó en garantía a La Previsora Compañía de Seguros S.A.

2.2. Coomeva EPS

Aceptó el diagnóstico del paciente y su internación hospitalaria. Aclaró que su disartria era marcada, no moderada. Su marcha, inestable, caminaba con bastón. Tenía cefalea permanente, no controlaba esfínteres, múltiples meningiomas, compresión encefálica, compromiso de estructuras cerebrales, antecedentes de válvula ventrículo peritoneal hace un año.

Presentaba desinhibición frontal, agresividad verbal, trastorno de la memoria, intranquilo, con ideas delirantes, sin acompañante. Su cuadro se había diagnosticado hacía cinco años. Solo uno de los meningiomas fue susceptible de embolización.

Diferenció entre los hallazgos y los procedimientos realizados. Agregó que durante la estancia en UCI hubo picos febriles que continuaron. El 06-05-2015, se solicitó un cultivo y se suministró antibiótico. El pronóstico era reservado. Su estado general era regular. Tenía alteración mental, afasia, somnolencia, encefalopatía, trastorno de la deglución. El 29-05-2015 tuvo pico febril. Estaba postrado en cama, neurológicamente estacionario.

Aseguró que el paciente fue monitoreado según la clínica que presentaba, que no se incumplieron los deberes de seguridad y que la caída no fue producto de negligencia o falta de cuidado por el personal de la Clínica. Los familiares y acompañantes si fueron descuidados. Dejaron las barras de seguridad de la cama abajo, se retiraron, sin avisar.

Discrepa de la evolución hacia la mejoría, reitera que el pronóstico era reservado por el compromiso neurológico severo y las comorbilidades previas. Aclara que la recomendación del Dr. Posada se refirió a la estación de enfermería y no al servicio, durante la entrega y recibo de turnos.

Se opuso a las pretensiones. Reiteró que no hubo incumplimiento del deber de seguridad, que la caída es imputable a los acompañantes del paciente y que no se probó vínculo causal entre ésta y el deceso, ocurrido 49 días después del alta de la Clínica del Café, en un paciente con una condición crítica previa, con hospitalización en casa por Humanizar Salud Integral, de la cual no se aportó historia clínica, con lo cual, tampoco se estableció el nexo causal con la caída.

Sostuvo que su condición posterior a la cirugía no tendía a la mejoría, por el contrario, su estado era regular, estado mental alterado, mirada fija, anisocoria reactiva, sin reflejo nauseoso, ni tusígeno, afasia, somnolencia.

Propuso las excepciones de mérito que denominó i) total cumplimiento de las obligaciones a cargo de Coomeva EPS S.A. Diligencia y cuidado – ausencia de culpa. Total cumplimiento de la obligación de seguridad, ii) inexistencia del nexo causal, iii) causa extraña, caso fortuito, fuerza mayor o hecho de un tercero, iv) excesiva cuantificación de perjuicios extrapatrimoniales morales y daño a la vida de relación.

Llamó en garantía a la Compañía Aseguradora de Fianzas S.A., Confianza y a Dumial Medical S.A.S.

2.3. Compañía Aseguradora de Fianzas S.A.

Sobre los hechos de la demanda afirmó que no le constan porque son ajenos a su actividad. En cuanto a las pretensiones, que no están dirigidas en su contra.

Propuso las excepciones de mérito que denominó i) ausencia de responsabilidad imputable a Coomeva EPS, Cumplimiento de las obligaciones a cargo de Coomeva EPS, ii) inexistencia de nexos causal entre la actuación desplegada por Coomeva y el presunto daño sufrido por los demandantes, iii) inexistencia de negligencia o impericia, iv) las obligaciones del personal médico tratante fueron de medio, no de resultado, v) cuantificación excesiva de los perjuicios extrapatrimoniales que se pretende cobrar

En cuanto al llamamiento, aceptó el otorgamiento de las pólizas 03RC000894 y 03RC000980. Que el hecho que motivó la demanda fue la caída del paciente, ocurrida el 31-05-2015, de modo que estaba vigente la primera.

La póliza opera en exceso de la póliza de responsabilidad civil que Dumian Medical S.A.S. tenga contratada (o no), a partir de

(\$200.000.000). Es decir, a partir de una eventual condena por esa suma. Solo puede afectarse si se prueba la responsabilidad de Coomeva EPS.

Se opuso al llamamiento, por la razón ya anotada. Propuso, frente a él, las excepciones que denominó i) la póliza 03RC000894 para la fecha de los hechos, en consecuencia, la póliza 03RC000890, no aplica para el caso, ii) la póliza 03RC000894 opera en exceso de las pólizas propias que deben tener contratadas las IPS y los médicos adscritos a Coomeva EPS, iii) sublímites asegurados / sublímites para el anexo de daño moral, iv) deducible pactado para el amparo de daño moral.

2.4. La Previsora S.A., Compañía de Seguros.

Sostuvo que no le constan los hechos, al tiempo que aceptó la internación del paciente, así como su diagnóstico. Remarcó que su estado clínico completo muestra que presentaba disartria, alteración del habla, dificultad para la marcha y fiebre. Antecedente de válvula ventriculoperitoneal hace un año, cefalea, ideas, delirantes, intranquilo, no control de esfínteres, que en meses anteriores rehusó practicarse una cirugía. Sin acompañante.

Aceptó que el 18-04-2015 fue valorado por el neurocirujano, resaltó que los familiares expresaron su conformidad con la cirugía por vía telefónica, con lo cual, no hubo consentimiento asistido. Su familia nunca estuvo presente. Por su estado de salud requería acompañante. Era crítico, tenía varios tumores cerebrales. No tenía buen pronóstico médico.

Las convulsiones no se presentaron después de la caída sino antes de la misma. Acepta que se levantó un acta de análisis de eventos adversos. Remarcó que en la misma se indicó que el acompañante se retiró sin avisar, que la auxiliar había capacitado sobre la importancia del acompañante durante la noche, dicho acompañante fue quien dejó las barras de seguridad abajo.

El paciente falleció cinco meses después del evento adverso, de modo que este no lo causó sino por la condición de salud inherente a sus patologías.

III. CONSIDERACIONES

1. PRESUPUESTOS PROCESALES

1.1. Competencia.

Corresponde a este Despacho porque las pretensiones exceden el equivalente a 150 SMLMV (Art. 20.1 CGP) y porque los hechos que motivan la demanda ocurrieron en la ciudad de Armenia Q. (Art. 28.6 CGP).

1.2. Capacidad sustantiva y procesal.

La tienen los promotores de la causa como personas naturales mayores, habilitadas para ser parte (Art. 53.1 CGP) y de quienes se presume la aptitud de ejercicio (Art. 1503 C.C.)

1.3. Demanda en forma.

La demanda que sirvió para promover la causa reúne las exigencias previstas en el artículo 82 del CGP, las pretensiones en ella contenida son susceptibles de acumulación. Aquellas que no lo son, se postularon como principales y subsidiarias.

2. RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD Y CARGAS PROBATORIAS.

2.1. Responsabilidad civil extracontractual.

Sin desconocer lo connatos de unificación, es asunto bastante conocido que ¹*el principio, nemo laederi*, en tratándose de la responsabilidad civil, se bifurca, porque el perjuicio puede venir de un acto contractual, violación o incumplimiento del contrato, ley de las partes, o de un hecho extracontractual, voluntario o no, que perjudique a terceros”.

Y es así, al punto que ²*“la diferente naturaleza de ambas responsabilidades explica y justifica que el legislador las haya reglamentado de manera distinta y separada, en tal forma que los*

¹ SC5170-2018

² Ob.cit.

principios legales o reglas establecidas para la una no pueden indistintamente aplicarse a la otra”.

De modo que es al actor a quién le corresponde enmarcar su pretensión en una de tales modalidades, pues de ello dependen el perfil de la causa para pedir, además de los presupuestos sustanciales, las cargas probatorias y otros aspectos trascendentales del litigio que no pueden aguardar hasta la resolución final para quedar definidos.

En materia de responsabilidad, médica, cuándo fallece el paciente, y sus familiares reclaman, *iure proprio*, el resarcimiento de los perjuicios a ellos irrogados con ese hecho, es claro que la eventual responsabilidad surge al margen de cualquier relación convencional y es fruto de un encuentro social ocasional o fortuito, de ahí que está gobernada por el canon 2341 del C.C. y debe decidirse bajo el alero de la modalidad extracontractual.

Bajo esta perspectiva, son frustráneas, por ausencia de legitimación, en ambos extremos, las pretensiones contractuales principales, con lo cual, el análisis subsiguiente debe adelantarse respecto de las extracontractuales subsidiarias.

2.2. Responsabilidad subjetiva, régimen de culpa probada.

Por otra parte, la responsabilidad surgida con ocasión del ejercicio de la medicina es subjetiva y está sujeta al régimen de la culpa probada, con lo cual, incumbe al actor demostrar, i) la conducta antijurídica o hecho

dañoso, ii) el daño, iii) la culpabilidad como factor de atribución y iv) la causalidad o nexo causal.

Dicha responsabilidad se origina en los actos estrictamente médicos que adelantan los facultativos y también en los actos previos o posteriores a cargo del personal asistencial, denominados paramédicos y en actos extra-médicos, propios de los servicios de hostería asociados a la estancia hospitalaria.

Tal distinción, ³*“tuvo gran relevancia en épocas pasadas para efectos de establecer el régimen de responsabilidad aplicable y las cargas probatorias de las partes, en casos concretos, pero de acuerdo con los criterios jurisprudenciales que de manera más reciente adoptó la Sala, en todo caso el régimen de responsabilidad aplicable en materia de responsabilidad médica es el de la falla del servicio y por lo tanto, dicha distinción sólo tiene un interés teórico”*.

⁴En este orden de ideas, si bien es cierto, *“la institución hospitalaria asume una obligación frente a cada usuario, en principio, de carácter contractual, consistente en adoptar las medidas tendientes a garantizar que este no sufrirá daño mientras se encuentre dentro de sus instalaciones. Esta obligación, como regla general, es de medios (...)”*

³ CE Secc. 3 Sent. Abr. 27/2011. Rad. 10374.

⁴ PEÑA Aponte Luís Gonzalo. La obligación de seguridad y su aplicación en la actividad médica en Colombia.

De modo que, de cara a la obligación de seguridad ⁵“es natural que no proceda la presunción de falla deducida jurisprudencialmente para los casos de acto médico y el ejercicio quirúrgico, y que consecuentemente deba el actor probar la falla del servicio, como ocurrió en el caso sub-análisis, habiendo demostración de la caída del menor por descuido de quienes lo tenían a su cuidado, y de la imposibilidad de atenderlo convenientemente, con los elementos de que se disponía, pero que no pudieron emplearse por encontrarse bajo llave”

Corolario de lo anterior, incumbe al extremo actor demostrar los ya aludidos presupuestos de la responsabilidad extracontractual, incluida la culpabilidad.

3. PRESUPUESTOS MATERIALES.

3.1. Legitimación en la causa.

Están legitimados, por la parte activa, la madre del fallecido José Albeiro Hincapié Hurtado, Rosalba Hurtado de Hincapié, y sus hermanos: María Teresa, Gerardo, Gustavo, Roberto y Luís Hernando Hincapié Hurtado.

Victimas indirectas del presunto daño, en virtud al parentesco acreditado con los registros civiles de nacimiento vistos a folios 50, 52, 54, 56 y 58 del pdf Nr. 02. (Art. 2341 C.C.)

⁵ CE Secc. 3° Sent. Nov. 11/1999 Exp. 12.165

Y lo propio ocurre, por el extremo pasivo, con COOMEVA EPS y DUMIAN MEDICAL S.A.S, a quienes se señala de causar el daño cuyo resarcimiento se persigue, como aseguradora y prestador del servicio de salud respectivamente.

3.2. Daño.

El deceso de José Albeiro Hincapié Hurtado, está acreditado con el registro civil de defunción (pdf 3 –fl 170), con lo cual, no hay lugar a duda sobre la existencia del daño.

Sobre la naturaleza y cuantificación de los perjuicios; habrá lugar a emitir pronunciamiento, solo en caso de hallarse configurados los restantes elementos de la responsabilidad.

3.3. Nexo causal.

Es asunto decantado que causalidad y culpabilidad, son categorías conceptuales distintas, aunque relacionadas.

La primera, es una relación natural de causa a efecto. Debe analizarse bajo la teoría de la causalidad adecuada, de modo que, no es causa cualquier condición del evento, sino aquella que es, en general, idónea para determinarlo; de donde se consideran efectos o consecuencias, del obrar del agente, los que se verifican según el curso ordinario de la vida.

La causa adecuada, produce efectos típicos, no efectos atípicos. Se asocia a la previsibilidad subjetiva. Debe indagarse si el hecho, según el curso normal de las cosas, implicaba una posibilidad capaz de producir el daño. Esta es la que tiene relevancia jurídica para definir la responsabilidad⁶.

Para establecer la causalidad debe recurrirse a las reglas de la experiencia, los juicios de probabilidad y el sentido de razonabilidad. Pero no solo se trata de esas reglas, ya que debe partirse de la información técnica que suministren quienes practiquen la ciencia de que trate, para el caso la medicina.

⁷Cuando de asuntos técnicos se trata, no es el sentido común o las reglas de la vida los criterios que exclusivamente deben orientar la labor de búsqueda de la causalidad jurídica adecuada, dada que no proporcionan elementos de juicio en vista del conocimiento especial que se necesita, por lo que a no dudarlo cobra especial importancia la dilucidación técnica que brinde al proceso esos elementos propios de la ciencia – no conocidos por el común de las personas y de suyo sólo familiar en menor o mayor medida a aquellos que la practican – y que a fin de cuentas dan, con carácter general, las pautas que ha de tener en cuenta el juez para atribuir a un antecedente la categoría jurídica de causa”

⁶ CSJ SCC Sent. Mar. 30/1993 GJ, t CCXXII, Nr. 2461 p 294; CSJ SCC Sent. Sept. 26/02

⁷ SC2506-2016

Las historias clínicas, por otra parte, ⁸*“en línea de principio, por sí, se insiste, no serían suficientes 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 de 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”*

Para el Dr. Juan Rodrigo Restrepo, especialista en cirugía y subespecialista en medicina crítica, quien rindió dictamen pericial en la causa, los hallazgos del TAC del 01-06-2015, son consecuencia de la caída y no de la cirugía, o la patología de base, por las siguientes razones:

- a. Anatomía de la cirugía. La cirugía se realizó una parte distinta del cerebro, región frontal, en el tálamo, parte baja del órgano.
- b. Datos clínicos. Muestran que el paciente se despertó, pudo respirar sólo, pasó a la habitación, en general, que tuvo una mejoría. Panorama que cambió a partir de la caída; tuvo desviación de la línea media y anisocoria (indicativa de presión intracraneana sobre el nervio óptico).

También el Dr. Héctor Miguel Mosquera estimó que la evolución posoperatoria era favorable, hacía la mejoría, no se presentaron las

⁸ SC15746-2014, SC003-2018

complicaciones que se temerían y que de ello da cuenta el traslado de la UCI a la habitación. El cerebro es elocuente, rápidamente da signos cuando se presenta lesión. Sobre la anisocoria dijo que puede originarse por la caída, por la convulsión o en las dos.

Reconoce que antes de la cirugía había efecto de masa, pero explica que la fisiopatología es diferente, se producía por el tumor, por el contrario, cuando hay un evento agudo el cerebro no tiene tiempo de hacer una compensación y por eso el efecto puede ser letal.

- c. Los hematomas no se producen de forma espontánea. Salvo en pacientes anti-cuagados o de avanzada edad.

Criterio que no comparte el Dr. Eisner Iván Osorio Correa, quien dijo que el sangrado espontáneo si era una posibilidad porque los tejidos que se resecan no son normales, por lo cual, tampoco cicatrizan adecuadamente, de modo que son propensos a sangrar.

De ese mismo criterio fue el Dr. Jimmy Díaz Guido, quien dijo que es difícil saber si el sangrado se originó en la caída o fue espontáneo.

- d. Etiología de las convulsiones. Habían pasado varios días desde la cirugía, con lo cual, la convulsión se relaciona más con la caída que es un evento agudo. Los meningiomas explican las convulsiones focales, no la generalizada que se presentó después de la caída.

Aunque reconoció que las convulsiones focales pueden conducir a la convulsión generalizada.

También estimó que hay relación causal entre la caída y la muerte del paciente porque:

- a. Tiempo transcurrido entre la caída y la muerte. Puede explicarse porque los sangrados que no se operan generan daño adicional. Los venosos son más lentos que los arteriales.
- b. El día de la caída cambió totalmente el pronóstico. Es una injuria adicional a un cerebro afectado por el daño neurológico previo y la cirugía, tiene un efecto aditivo.

Ese criterio contrasta con el que expuso el Dr. Carlos Alberto Zúñiga, neurocirujano que intervino en la atención del paciente. Quién consideró que no existe dicha relación causal, con base en los siguientes motivos:

- a. El hematoma producido por la caída se contuvo y luego se reabsorbió. Por su entidad, no ameritó una nueva intervención quirúrgica. Opinión que encuentra respaldo parcial en los dichos del Dr. Juan Rodrigo Restrepo, quien dijo que, con el TAC se busca si hay hematoma y edema. El primero, si es profuso, se lleva a cirugía. Y también en lo expuesto por el Dr. Héctor Miguel Mosquera, quien

señaló que el TAC no mostró ninguna lesión aguda que ameritara re-intervención.

- b. Pasaron cinco meses entre la caída y la muerte. En ese período el sangrado ya ha debido absorberse. Un hematoma agudo lo hubiese matado en tres días. Reconoce que toda lesión con sangrado produce daño y que en un paciente convaleciente afecta la recuperación y frustrar las expectativas de mejoría.

El Dr. Eisen Iván Osorio Correa, médico internista, especialista en cuidado intensivo, dijo que la caída, desde una altura paroximada de 80 CM, por deslizamiento, como probablemente ocurrió porque el paciente no se podía tirar, no genera un daño tan severo como el que muestra el TAC.

El Dr. Héctor Miguel Mosquera planteó que, ante la ausencia de lesión estructural, tiende pensar en una lesión axonal difusa. Que el sangrado no se produjo entre la cirugía y la caída porque en UCI se han exámenes regulares de control. Dijo que los hematomas subrudral e intra-craneal pudieron originarse en la caída.

Dijo que el paciente tenía altísimo riesgo de convulsión porque el tumor era muy grande. Que al riesgo de la cirugía se sumó la caída. Que la convulsión puede llevar al coma. No se sabe si convulsionó y luego calló de la cama o lo contrario.

Sobre la causa de la muerte, afirmó que no es posible determinar al cuanto tiempo fallece un paciente con un trauma por caída. Depende de muchos factores, la edad, el estado del paciente. Las condiciones de daño neurológico inmediatas son de cuante y ocho horas. La mortalidad se extiende algunos días, quizá un par de semanas, dado que se presentan complicaciones de otro tipo como neumonía, estados sépticos originados en infecciones pulmonares diseminadas. Un paciente en estado de postración presenta complicaciones, usualmente fallecen por infecciones, esas son las cusas de muerte, no directamente por el trauma.

Duda de la relación entre el trauma y el fallecimiento. Aseguró que otra cosa es que haya secuelas asociadas al trauma, pero no directamente, cinco meses después.

Sobre este mismo punto el Dr. Jimmy Díaz Guido, dijo que cuando hay un estado de coma que no se recupera, esa es la evolución natural de la enfermedad critica crónica.

Corolario de lo anterior se concluye que, el paciente tenía una condición previa grave. Presentaba meningiomas múltiples y daño neurológico manifestado en la disartria, el compromiso motor, el trastorno de memoria etc.

La cirugía de resección no tuvo complicaciones, tampoco las hubo durante el posoperatorio inmediato, el paciente avanzó hacia una lenta mejoría, despertó, toleró la ventilación espontánea, salió de la UCI.

Después de la caída, su situación cambió drásticamente. Su estado de consciencia era pobre, estaba somnoliento, se anota pronóstico reservado.

Presentó hematoma intracerebral y subdural agudo. Convulsionó y evolucionó hacia estado de coma. Tuvo hospitalización y finalmente falleció al cabo de cinco meses por sepsis generalizada.

Bajo ese panorama es evidente que no existió relación causal directa entre la caída intrahospitalaria y el deceso. Sin embargo, también lo es que dicha caída, en el contexto de los hechos, es idónea para producir el resultado.

Es así porque el paciente presentó signos clínicos de mejoría tras la cirugía o al menos no evidenció alguna complicación originada en la misma y fue a partir de la caída que cambió ese panorama, su estado de consciencia fue pobre tuvo somnolencia, evolucionó hacia el estado de coma.

El sangrado pudo producirse de forma espontánea producto de la cirugía, conducir a una convulsión generalizada y ésta a la caída, sin embargo, es

más probable que haya sido la caída, como evento agudo, el que originara el sangrado y posterior convulsión.

Entre la cirugía y la caída no hubo signos de deterioro neurológico adicional. El paciente egresó de UCI, dónde se hacen exámenes para descartar sangrado, entre la cirugía (04-05-2015) y la caída (30-05-2015) trascurrieron tres semanas. De modo que lo previsible es que sea la caída la que originó en sangrado.

Debe estimarse que hay relación causal porque la caída, en el curso regular de los acontecimientos, es idónea para contribuir al daño neurológico seguido del coma, la postración, el cuadro de sepsis y finalmente la muerte.

3.4. Factor de imputación. Culpabilidad.

La culpa, por su parte, implica una valoración subjetiva de la conducta desplegada por el agente, partiendo de un estándar o comportamiento esperado.

⁶La calificación de una lesión o de una complicación como evento adverso, se hace con base en una primera aproximación a un hecho ocurrido durante la atención, todo con el objeto de adoptar medidas hacia la mejora del grado de calidad y solo con ese objeto, de tal forma que se produzcan o fortalezcan medidas que lo eviten o disminuyan.

⁹El concepto no está estructurado para darle un determinado efecto jurídico que por sí sólo conlleve consecuencias de responsabilidad, sin perjuicio de que con un posterior juicio sí se llegue a considerar como sustento de uno de los elementos de la responsabilidad; pero de igual forma, puede que no lo sea.

De lo anterior se colige que no basta con que se presente un evento adverso para que automáticamente se deduzca la responsabilidad del personal y las entidades sanitarias, sino que es necesario analizar si la conducta desplegada por estas se aparta del estándar determinado por los protocolos o guías de manejo aplicables y, en general de la *lex artis ad-hoc*.

El Dr. Juan Rodrigo Restrepo, señaló que, en los casos de alto riesgo de caída, como el de José Albeiro, las medidas que deben implementarse son la ubicación de las barandas de la camilla arriba y el acompañamiento permanente de familiares.

En la UCI hay una enfermera por cada paciente. En piso, ya es una por cada siete u ocho pacientes. De ahí que el acompañamiento familiar es fundamental.

El Dr. Héctor Miguel Mosquera Prieto, neurocirujano que participó en la atención del paciente, remarcó que le llamó la atención que el paciente

⁹ Ob. Cit.

permaneciera sin acompañante. En las notas se registró que lo requería. Fue muy evidente que no lo hubo.

También el Dr. Eisner Iván Osorio Correa, médico internista, especialista en cuidado intensivo dijo que, como la enfermera no puede estar 24 horas al pendiente, se solicita el acompañamiento familiar.

En los interrogatorios de parte, Rosalba Hurtado de Hincapié sostuvo que ella cuidaba al paciente en las noches. Que el día de la caída lo cuidó Martha. María Teresa Hincapié Hurtado aseguró que Javier lo cuidaba en las noches. Roberto Hincapié Hurtado dijo que en las noches no permitían que los familiares se quedaran. Luís Fernando Hincapié Hurtado dijo que en las noches se quedaba Martha.

Versiones que, además de contradictorias entre sí, tampoco concuerdan ni con la historia clínica que refiere la ausencia de acompañante ni con los testimonios técnicos que ratifican esa misma situación, especialmente en el momento de la caída, pues el acompañante se ausentó sin dar aviso y las barandas quedaron abajo.

Entre las órdenes médicas para los pacientes neurológicos se cuenta el acompañamiento permanente, barandas arriba e inmovilización preventiva, solo si hay signos de alarma por delirio. Que no se presentaban en el paciente.

Las medidas de protección que debían adoptarse consistían en el acompañamiento permanente y ubicación de barandas arriba; no incluían ni inmovilización ni sedación, porque el paciente no tenía síntomas de alarma por delirio.

Los familiares y allegados desatendieron la reiterada instrucción de acompañar permanentemente al paciente, con lo cual, la omisión en esa medida de protección no es atribuible a los demandados.

Tampoco se acreditó que el personal asistencial hubiese dejado la baranda abajo o desatendiera, de otro modo su deber de cuidado y menos aún que ello hubiese incidido en la caída.

Corolario de lo discurrido, se concluye que no se acreditó que el personal asistencial o la institución sanitaria hubiesen desatendido el cuidado del paciente u omitido las medidas seguridad necesarias para prevenir la caída.

4. Conclusiones

La responsabilidad médica, incluso cuando están de por medio las llamadas obligaciones de seguridad, es subjetiva y está gobernada por el régimen de la culpa probada.

En este caso, aunque existe relación causal indirecta entre la caída hospitalaria y la muerte del paciente, no se demostró que el personal

asistencial o las instituciones de salud hubiesen incurrido en culpa, con lo cual, se impone la desestimación de las pretensiones.

5. Decisión.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Tercero Civil del Circuito de Armenia Quindío, administrando justicia en nombre de la república y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO. DESESTIMAR las pretensiones de la demanda propuesta por Rosalba, María Teresa Gerardo, Roberto, Gustavo y Luís Fernando Hincapié Hurtado contra Coomeva EPS y Dumian Medical S.A.S.

SEGUNDO. CONDENAR en costas a la parte demandante a favor de la demandada. Inclúyase, en su liquidación, la suma de (\$18.178.528) por concepto de agencias en derecho.

Notifíquese,



IVÁN DARÍO LÓPEZ GUZMÁN

JUEZ

Estado # 126 del 25-11-2021

Firmado Por:

Ivan Dario Lopez Guzman

Juez

Juzgado De Circuito

Civil 003

Armenia - Quindío

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: **dbbc24c72a354cebc955664e9671304502b951fd4c04381a1c8d284bc8686bb8**

Documento generado en 24/11/2021 02:03:49 PM

Valide este documento electrónico en la siguiente URL: <https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>