

**REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR**



**JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO
CARTAGENA DISTRITO**

VERBAL – RESPONSABILIDAD MEDICA

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA PINEDA DE RIVERA, MIGUEL ÁNGEL OVALLE RIVERA, MARÍA CECILIA RIVERA PINEDA Y JORGE ALBERTO RIVERA PINEDA

DEMANDADO: PROMOTORA DE SALUD BOCAGRANDE S.A., SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS LTDA, MEDICAL CENTER LITOTRIZIA S.A., COOMEVA EPS, CARLOS ARMANDO GONZÁLEZ, PEDRO VÉLEZ DE POMBO Y FEDERICO ESCOBAR

Cartagena de Indias, quince (15) de septiembre de dos mil veintiunos (2021)

ASUNTO A TRATAR

Procede el despacho a proferir la sentencia escrita conforme al numeral 5° del artículo 373 del C. General del Proceso.

ANTECEDENTES

Los hechos que fundamentan la presente demanda se resumen de la siguiente manera:

Se señala en la demanda que el señor FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA el 22 de junio ingreso a LITOTRIZIA, siendo valorado por el Dr. PEDRO VÉLEZ POMBO, quien registro en la historia clínica que el motivo de la consulta lo fue una masa renal derecha, indicando que al paciente le habían realizado una ecografía de vías urinarias la cual arrojó masa en polo superior de riñón derecho, así mismo se consignó que un TAC de abdomen y pelvis mostro presencia de masa de aspecto solido en polo superior de riñón derecho de 6 cm.

Que por lo anterior se solicitó hemograma completo de T.P. T.P.T. (tiempo de coagulación) glicemia, bun, creatinina, grupo sanguíneo, Tac de torax simple y contratado, EKG (electrocardiograma), valoración por medicina interna, se solito igualmente orden para nefrectomía parcial derecha, entregándose al paciente la orden de nefrectomía por laparoscopia y de laboratorio para valoración general del paciente antes de la realización del procedimiento.

Que el 14 de julio de 2015 el señor FELIZ RIVERA ingreso a la unidad básica de manga, con motivo de seguimiento al tratamiento y de atención pre quirúrgica y se dejó plasmado en la historia clínica “*prequirurgico estenosis moderada doble lesión aortica*” igualmente se indicó que el señor, FELIX

RIVERA presento una masa renal y diagnostico por TAC de abdomen y un de soplo cardiaco.

Que el motivo de dicha valoración fue pre quirúrgico, a la cual se aportó reporte de ecocardiograma en donde se observó doble lesión de la válvula aortica, estenosis severa y regurgitación leve. Se recomendó hacer eco transesofagico FE 60% (fracción de eyección). Llevo prueba de esfuerzo negativo para enfermedad coronaria. Se registró como diagnostico en la historia clínica ESTENOSIS (DE LA VÁLVULA) AORTICA CON INSUFICIENCIA.

El 5 de agosto de 2015 LITOTRICIA S.A. entregó orden médica para valoración pre anestésica, anotando que se haría nefrectomía derecha parcial por laparoscopia el 12 de agosto de 2015.

Que el 12 de agosto el señor FELIX RIVERA ingresó al servicio de cirugía del NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE con motivo de práctica de intervención programada sobre el riñón derecho.

Que a las 13:40 del 12 de agosto de 2015 los médicos PEDRO VÉLEZ DE POMBO y FEDERICO ESCOBAR iniciaron el acto quirúrgico con diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón, a través de procedimiento por laparoscopia y saturación con la misma técnica. Concluido el procedimiento el paciente fue remitido a piso para su recuperación.

Se refiere que al ingresar el señor FELIX RIVERA la HOSPITAL DE BOCAGRANDE para la realización de la primera cirugía el señor feliz enrique rivera pineda se encontraba en buen general de salud, pero que una vez terminado el procedimiento quirúrgico, el estado de salud de este decayó sustancialmente presentando síntomas de dificultad respiratoria palidez generalizada, por lo que dicha situación fue puesta de presente a las enfermeras que se encontraban de turno ese día.

Que producto del aviso de la esposa del señor FELIX RIVERA, los médicos de turno ordenaron la práctica de para clínicos y exámenes de laboratorio con la finalidad de diagnosticar el motivo del decaimiento de la salud del señor RIVERA.

Que a las 2:00 am del 13 de agosto el señor FELIX RIVERA es valorado nuevamente, encontrándose que el estado de salud de este empeoraba, que no presentaba respuesta a los estímulos externos externo, presentando un evento adverso de paro cardiaco, motivo por el cual se realizaron maniobra de reanimación durante 10 minutos.

Que, como consecuencia del paro cardiaco, pasado las 2:00 am el señor FÉLIX RIVERA fue ingresado a la UCI del NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE, pero que una vez ingresó, presento nuevo episodio de paro cardiaco, por lo que se realizaron maniobra de reanimación durante 10 minutos.

Señala que entre las 9:00 pm del 12 de agosto de 2013 y las 2:00 am de 13 de agosto de 2015 el médico especialista tratante del señor FELIZ RIVERA, Dr.

PEDRO VÉLEZ DE PONBO, no estuvo presente en la IPS, lo que su juicio implica una desatención en el pos operatorio.

Se indica que el 13 de agosto del 2020 el señor FÉLIX RIVERA PINEDA fue atendido por la Dra. Wendy Rodríguez Pugliess, la cual consigno en la historia clínica, *“ingresa paciente en regular estado general con palidez generalizada normotenso límite con tendencia a la hipotensión, mucoso oral seca, con sensación de ahogo”* *“normo cardiaco, orientado, viene remitido de servicio de cirugía para vigilancia”* ordeno cuadro hemático de control e ionograma con el fin de verificar niveles de hemoglobina.

Que el mismo 13 de agosto del 2015, el paciente FÉLIX RIVERA fue atendido por la Dr. KAREN HERRERA AGUILAR quien en la historia clínica consigno *“se encuentra a paciente con respiración superficial, con pobre respuesta, Glasgow bajo, paciente que deja de responder a estímulo en examinación médica, se verifica signos vitales hallándose sin respuesta, no movimiento ventilatorio, sin ruidos cardiacos, se inicia maniobras compresivas y ventilación asistida por mascara de reanimación, bajo protocolo de reanimación de ACLS se le aplican dosis de adrenalina 1 mg cada 3 minutos”*

Que a las 7:53 am el Dr. PEDRO VÉLEZ en compañía del Dr. CARLOS LOZANO realizo acto quirúrgico con diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón y hemorragia no clasificada en otra parte. A la 11:27 am se registra nuevo ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Que a las 18:21 del 13 de agosto de 2015 Dr. Gustavo García Fernández realiza procedimiento quirúrgico de laparotomía exploratoria y descompresiva en unidad de cuidados intensivos, hallando *“dilatación y edema de asas intestinales, moderados, coágulos en cavidad, discreto sangrado en napa de pared y receso parieto cólico derecho”*

Que el 14 de agosto de 2015, después 30 minutos de reanimación sin respuesta el señor falleció el señor FELIX ENERIQUE RIVERA, indicándose como hora de la muerte 12:12

Se afirma que el 7 de diciembre de 2015 el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena – DADIS, como resultado de una queja interpuesta por la señora DIANA MARÍA RICARDO GARCÍA contra la CLÍNICA NUEVO HOSPITAL DE BOCAGRANDE, LITOTRICIA Y COOMEVA, por la muerte de su esposo FELIX RIVERA PINEDA, presento informe técnico donde se señaló un error grave de diagnóstico, en la medida en que el médico no advirtió que el paciente tenía un sangrado inmediatamente termino la cirugía y por ende no adopto el procedimiento necesario.

Que el 20 de diciembre de 2016 el DADIS presento nuevo dictamen técnico, aduciendo *“no se evidencia un diagnóstico oportuno de shock hipovolémico en el paciente Felix Enrique Vera Pineda*

No se evidencia un seguimiento clínico adecuado en el pos operatorio inmediato que permitiera detectar oportunamente en estadios iniciales el desarrollo del shock hemorrágico.”

PRETENSIONES

Con fundamento en lo anterior, los demandantes solicitaron declarar solidaria y civilmente responsables a los demandados por los daños causados y, en consecuencia, condenarlos a pagar los siguientes perjuicios:

PRIMER: DAÑO MORAL:

A la señora CARMEN CECILIA PINEDA DE RIVERA 100 SMLMV, equivalentes a \$73.771.700

A la señora MARÍA CECILIA RIVERA PINEDA 50 SMLMV, equivalentes a \$36.885.850

Al señor JORGE ALBERTO RIVERA PINEDA 50 SMLMV, equivalentes a \$36.885.850

Al señor MIGUEL ÁNGEL OVALLE RIVERA 740 SMLMV, equivalentes a \$29.508.680

SEGUNDO: DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN

A la señora CARMEN CECILIA PINEDA DE RIVERA 100 SMLMV, equivalentes a \$73.771.700

A la señora MARÍA CECILIA RIVERA PINEDA 50 SMLMV, equivalentes a \$36.885.850

Al señor JORGE ALBERTO RIVERA PINEDA 50 SMLMV, equivalentes a \$36.885.850

Al señor MIGUEL ÁNGEL OVALLE RIVERA 740 SMLMV, equivalentes a \$29.508.680

TERCERO: Que se ordene a los demandados a pagar los impuestos a favor de la DIAN derivados del monto de los perjuicios.

ACTUACIÓN PROCESAL

1. Mediante auto de fecha 10 de mayo de 2017, se admitió la demanda, se ordenó la notificación de las demandadas y se les corrió traslado para contestar la demanda.

2. Las demandadas una vez notificadas presentaron escrito de contestación, propusieron excepciones de mérito e hicieron llamados en garantía.

CONTESTACIONES

MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S.

Señala este extremo pasivo que no es responsable de los perjuicios de que trata la presente demanda, toda vez que, que solo prestaron servicios de laboratorio al señor FÉLIX RIVERA PINEDA (q.e.p.d.) con ocasión a la patología renal por la que ingreso a PROMOTORA BOCAGRANDE el día 12 de agosto y ello porque existía una relación comercial entre MÉDICOS OLIMPOS IPS S.A.S. Y PROMOTORA BOCAGRANDE S.A.

Afirma que los exámenes de laboratorio ordenados por los médicos tratantes al señor FÉLIX RIVERA PINEDA fueron recepcionados y validados dentro de la oportunidad establecida clínicamente de acuerdo a lo protocolos y guías de manejo clínico para laboratorio clínico.

COOMEVA EPS

Formula las siguientes excepciones de mérito:

“INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL”,

Arguye que “no existe relación de causalidad entre la conducta de COOMEVA E.P.S. S.A. y el evento adverso acaecido en el paciente que nos lleve a hacer la imputación jurídica”.

“CASO FORTUITO”,

Aduciendo que “la relación de causalidad entre la conducta médica y los actos médicos realizados al paciente FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (q.e.p.d.), se vio interrumpida por la configuración del caso fortuito”.

“INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD DE COOMEVA E.P.S. S.A. Y LITOTRICIA S.A. FRENTE A LOS HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA”,

Porque en “el caso de las E.P.S. y las I.P.S. ni la convención, ni el testamento, ni la ley, han declarado la solidaridad de estas en el cumplimiento de las obligaciones como actores del SGSSS, sino por el contrario se le han asignado obligaciones y responsabilidades individuales y diferentes para cada actor”.

“LAS OBLIGACIONES MÉDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO”

Indica que, si se pretende una condena a las entidades demandadas, la parte demandante tiene que probar el elemento de la culpa.

PEDRO ALONSO VÉLEZ DE POMBO, I.P.S. PROMOTORA BOCAGRANDE S.A. y I.P.S. LITOTRICIA S.A.

La apoderada judicial de PEDRO ALONSO VÉLEZ DE POMBO, de la I.P.S. PROMOTORA BOCAGRANDE S.A. y de la I.P.S. LITOTRICIA S.A. manifestó la complicación pos quirúrgica de al que fue objeto el paciente no es imputable a la falla en los procesos de atención, sino al riesgo previsto para el tipo de procedimiento que le fue realizado, el cual fue atendido de manera oportuna y adecuada de acuerdo con su evolución clínica y a la aplicación de criterios medico científicos de riesgo – beneficio.

Refiere que la muerte de FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (q.e.p.d.) no se produjo por un actuar negligente de los demandados, sino por una complicación prevista por la ciencia médica para una nefrectomía parcial por laparoscopia, esto es, una hemorragia, asociada a la respuesta sistémica del procedimiento, hecho del cual se deriva la exclusión de responsabilidad extracontractual.

Señaló que los informes de los especialistas del DADIS vislumbra un error de juicio y de diagnóstico de parte de estos, toda vez que, de espalda a las guías y prácticas de clínica del Minsalud y a lo contenido en la historia clínica realizan conclusiones inadecuadas y violatorias del debido proceso.

Arguye que el informe del DADIS no es concluyente y definitivo para determinar si existe o no responsabilidad por parte de las entidades y personal médico que intervino en la atención del señor FÉLIX RIVERA PINEDA (q.e.p.d) toda vez que, que aún se encuentra en curso la investigación administrativa, en la que oportunamente se corrió traslado y se presentaron los descargo sobre los hechos que se investigan, insistiéndose en que conforme a la historia clínica, la literatura científica y las guías de manejo de urgencias de ministerio de salud, la atención prestada al paciente FÉLIX RIVERA PINEDA fue oportuna, apegada a los protocolos de manejo, y con calidad adecuada del servicio.

Explicó que no era posible iniciar manejo quirúrgico del paciente antes de la valoración del Dr. PEDRO ALONSO VÉLEZ DE POMBO, atendiendo la inestabilidad, evidenciada en los paros cardiorrespiratorios que presentó y sus signos vitales.

Formuló las siguientes excepciones de mérito:

“INEXISTENCIA DE UN DAÑO INDEMNIZABLE - CASO FORTUITO”

Señala que no hubo inaplicación de los protocolos o negligencia en la resolución de la crisis, la misma se presentó como un caso fortuito o fuerza mayor, debido a que las complicaciones sufridas por el señor FELIX RIVERA PINEDA se produjeron con ocasión a que no respondió satisfactoriamente a la ayudas y plan médico dispuesto parame atender su condición, que desafortunadamente fue variando negativamente e inevitablemente causando el desenlace fatal

Refiere que no era prudente llevar al quirófano al señor FELIX RIVERA PINEDA y someterlo a anestesia para realizar cirugía exploratoria y nefrectomía total, después de la primera intervención, ya que luego de ella sufrió varias crisis y paros cardiorrespiratorios que desestabilizaron su sistema funcional.

“CONCRECIÓN DE UN RIESGO PERMITIDO”,

Aduce que la muerte del paciente se produjo por una complicación inesperada tras la nefrectomía parcial por laparoscopia que la fue realizada, quien posteriormente no soporto las maniobras medicas aplicadas, como consecuencia del estado crítico en que se encontraba y que ello no dependía del equipo médico ni de la institución, sino que ello depende de la respuesta sistemática del organismo de cada paciente

“INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA”,

Alega que los riegos que van implícitos al procedimiento quirúrgico nefrectomía laparoscópica, que puede ser parcial o total según el diagnóstico del paciente, no puede ser legamente imputado a la práctica médica, toda vez que forman parte integral de los riesgos de ese acto médico y que este caso fue inevitable y muy pobre la respuesta del paciente a las maniobras medicas realizadas para estabilizar su organismo.

FEDERICO ESCOBAR JARAMILLO

Señala el vocero judicial del demandado FEDERICO ESCOBAR JARAMILLO que en la cirugía de nefrectomía por laparoscopia que se realizó al señor FELIX RIVERA PINEDA, actuó como ayudante quirúrgico del Dr. Pedro Vélez y que acudió a la ciudad de Cartagena para asistir al Dr. Vélez en varias cirugías laparoscópicas.

Afirma que una vez concluidos los procedimientos quirúrgicos, se marchó a la ciudad de barranquilla alrededor de las 7:00 pm del día 12 de agosto de 2015 y que antes de ello paciente no presento signo alguno de inestabilidad hemodinámica o signos de hemorragia activa

Que la cirugía se realizó bajo la técnica quirúrgica adecuada, y durante la misma hubo siempre una hemostasia adecuada.

Formulo las siguientes excepciones demerito:

“RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIOS / INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA”

Aduce que la intervención quirúrgica en la que el Dr. FEDERICO ESCOBAR participo como ayudante quirúrgico, se ajustó a la lex artis y cánones de la ciencia médica, que no existió negligencia impericia, imprudencia o violación de los reglamentos que pueden comprometer su responsabilidad a título de culpa.

“RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIOS / INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA.”

Refiere que el medico tiene frente su paciente una obligación de medio, y que por tanto el compromiso es utilizar todos los elementos adecuados para la consecución del fin, sin poder ofrecer garantías sobre la curación del paciente. Que lo único que se puede ofrecer es que se pondrá todo el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto médico.

Que las complicaciones y los riesgos de la nefrectomía laparoscópica no obedecen a una regla determinada, sino que tendrán ocurrencia, tomando en cuenta las condiciones propias del paciente y las reacciones imprevisibles e inevitables, caso en los cuales solo puede hacerse a las complicaciones, para cesar los efectos o disminuirlos según sea el caso.

“TASACIÓN DE PERJUICIOS EXCESIVA.”

LLAMADOS EN GARANTÍA

COOMEVA EPS llamo en garantía a la también demandada LITOTRICIA S.A. en virtud del contrato de prestación de servicios médico que media entre las dos.

NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE S.A. – PROBOCA S.A. llamo en garantía a MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A. en virtud de la póliza de seguro No. 1301213000414

Frente a la demanda la compañía aseguradora manifestó que su asegurado no ha incurrido en falla u omisión alguna que pudiera causar el fallecimiento del señor FELIX RIVERA PINEDA por lo que no puede ser condenado a pagar indemnización alguna por concepto de daño moral y daño a la vida de relación alegados por los demandantes, toda vez la institución cumplió a cabalidad con sus obligaciones, brindando toda la atención medica que requería el paciente de manera oportuna y diligente de acuerdo a los protocolos médicos.

Frente al llamamiento en garantía expresó es cierto que el mismo es procedente, sin embargo, para determinar la cobertura del contrato de seguro se debe tener en cuenta no solo la caratula de la póliza, sino que también las condiciones generales y particulares aplicables al contrato de seguro, que dan cuanta de los amparos, exclusiones, definiciones de siniestro, límite de cobertura, deducibles, entre otros.

Con fundamento en lo anterior, formuló las excepciones de “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR LA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LA ENTIDAD DE SALUD O MÉDICO TRATANTE”, “AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA”, “FALTA DE NEXO DE CAUSALIDAD”, “INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DE PERJUICIOS”, “AUSENCIA DE COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO POR DELIMITACIÓN TEMPORAL”, “INEXIGIBILIDAD DE LA OBLIGACIÓN QUE SURGE DEL CONTRATO DE SEGURO POR AUSENCIA DE COBERTURA” Y “LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO Y DEDUCIBLE”

LITOTRICIA S.A. llamo en garantía a la PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS quien se opuso a las pretensiones de la demanda, aduciendo que los demandantes no demostraron que la configuración de una mala praxis médica frente a la prestación de los servicios médicos brindados al señor FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (q.e.p.d.).

En consecuencia, formuló las excepciones de medito que denomino “INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE SE SUMINISTRARON AL SEÑOR FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (Q.E.P.D.) Y EL DAÑO QUE SE ALUDE EN LA DEMANDA”, “INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ACTIVIDAD MÉDICA Y LA NECESIDAD DE LA PRUEBA Y HABER SIDO DILIGENTE Y PRUDENTE LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA POR EL PERSONAL DE LITOTRICIA S.A.”, “AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS QUE ESTRUCTURAN LA RESPONSABILIDAD EN CABEZA DEL DEMANDADO LITOTRICIA S.A.”, “AUSENCIA DE PRUEBA DEL PRESUNTO DAÑO Y SU CUANTÍA”, “TASACIÓN EXCESIVA DEL PERJUICIO”, “ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA”

Frente al llamamiento de garantía, formulo las excepciones que denomino: “inexistencia de la obligación indemnizatoria con cargo a la póliza No. 1001711 por ausencia de responsabilidad de la sociedad I.P.S. LITOTRICIA S.A.”, “INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD FRENTE A LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS”, “DEDUCIBLE” Y “LÍMITE DE COBERTURA DE ACUERDO CON LOS SUBLÍMITES PACTADOS”

El Dr. **PEDRO VÉLEZ DE POMBO** llamo en gratia a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., quien se opuso a las pretensiones de la demanda, arguyendo que los demandantes no acreditaron todos los elementos de la responsabilidad y, por lo tanto, no se puede afectar la póliza No. 0233627-8.

En consecuencia, formulo las excepciones de “AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DEL DEMANDADO PEDRO ALONSO VÉLEZ DE POMBO, Y POR TANTO AUSENCIA DE COBERTURA DE LA PÓLIZA DE SEGUROS INVOCADA POR QUIEN HA FORMULADO EL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA” Y “ACEPTACIÓN DEL RIESGO – INEXISTENCIA DE MALA PRAXIS”.

Frente al llamamiento en garantía, formulo las excepciones de “APLICACIÓN DE LOS LÍMITES ASEGURADOS PREVISTOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO”, “APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE PACTADO EN LA PÓLIZA. 10% DEL VALOR A PAGAR” Y “APLICACIÓN DE LAS EXCLUSIONES PACTADAS EN LA PÓLIZA”

De las anteriores excepciones se corrió traslado a la parte demandante, quien, dentro del término de traslado, manifestó que el paciente entró a la primera cirugía con un buen estado general de salud, y salió de ésta con síntomas novedosos, consistentes en dificultad respiratoria y palidez generalizada. Que dicha situación fue advertida por su esposa, quien de manera inmediata avisó al personal médico del NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE, específicamente, a las enfermeras que se encontraban de turno el 12 de agosto de 2015, pero que sin embargo dicha situación termino con el deceso del señor Rivera el 14 de agosto de 2015.

Explico que no desconocen que la intervención a la cual fue sometido el Señor Rivera podría desencadenar en eventos adversos a su salud como consecuencia de los riesgos que una cirugía puede conllevar aun en el cumplimiento de los deberes y obligaciones médicas en la ejecución de la cirugía. Sin embargo, lo que cuestionan es que, como producto de esa primera cirugía, en la cual participaron los Médicos Pedro Vélez Pombo y Federico Escobar, el señor Rivera fallece como consecuencia del indebido tratamiento y cuidado postoperatorios que recibió por parte de los médicos que intervinieron en la práctica quirúrgica, lo que conlleva a la pérdida de oportunidad de sobrevivir del señor FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA.

Refiere que el Departamento Administrativo Distrital de Salud de Cartagena - DADIS- mediante Resolución No. 5245 del 5 de julio de 2019 (anexa al presente memorial) decidió sancionar a la IPS Promotora Bocagrande – Nuevo Hospital Bocagrande, al confirmar la Resolución No. 4301 del 3 de julio de 2018, con 5 mil SLDV, encontrándola responsable por la muerte del señor Rivera y que acuerdo a lo que hayo probado el DADIS la responsabilidad recae no sólo en el Médico Federico Escobar como parte del equipo Médico que operó al Señor Rivera Pineda, sino en todo el equipo médico y las entidades demandadas.

Respecto a las excepciones de índole económico planteada por las demandadas y llamadas en garantías menciona, señala que la cuantía de los perjuicios solicitados corresponde al grado de afectación, dolor, tristeza, congoja y la consecuente afectación de estos sentimientos en la vida de cada uno de los demandantes, como consecuencia de la muerte del señor FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA y que con las pruebas aportadas y solicitadas se pretenden probar tales afecciones.

Mediante auto de fecha 20 de abril de 2021 se citó a las partes a la audiencia de que trata el art. 372 del C.G.P y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes, siendo estas las siguientes:

PRUEBAS DECRETADAS

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDANTE

DOCUMENTALES:

Las documentales aportadas con la demanda

Oficios:

“OFÍCIESE al Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS, para que allegue con destino a este proceso, copia integral y autentica del expediente administrativo iniciado en ocasión de la queja interpuesta por la señora Diana María Ricardo García por la muerte de su esposo Félix Enrique Rivera Pineda, iniciado bajo el radicado No 1077-2016, adelantado por el profesional Francisco Javier Prins Barrios. El expediente solicitado deberá incluir los informes técnicos efectuados dentro del procedimiento, particularmente los expedidos en fecha 7

de diciembre de 2015 y el informe comunicado a la quejosa mediante oficio AMC-OFI-0105673-2016 de octubre de 2016.

OFICIESE a COOMEVA EPS, PROMOTORA DE SALUD BOCAGRANDE S.A – NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE, SERVICIOS MEDICOS OLIMPUS IPS LTDA y a MEDICAL CENTER LITOTRICA S.A, para que allegue con destino al expediente, copia íntegra, autentica y legible de la historia clínica del señor Félix Enrique Rivero Pineda, relacionada con la práctica del procedimiento quirúrgico denominado nefrectomía parcial laparoscópica, realizada el 12 de agosto de 2016 y su posterior muerte el 14 de agosto de 2015.

OFICIESE a la Fiscalía Seccional 48 de Cartagena, Dr. Juan Laureano Ramos Perea, para que allegue con destino a este proceso, copia autentica, completa y legible de las actuaciones judiciales adelantadas con ocasión de la denuncia interpuesta por la señora Diana María Ricardo García esposa del señor Félix Enrique Rivera Pineda, por el homicidio culposo de este. El proceso tiene como numero único de noticia criminal: 130016001129201502894, consecutivo: 02894, unidad receptora: 01129 URI Cartagena.

OFÍCIESE al Tribunal de Ética Médica de Bolívar para que con destino a este proceso, allegue copia íntegra, autentica y legible del expediente administrativo iniciado en contra el doctor Pedro Vélez Pombo, con ocasión de la compulsa de copias que efectuó el Departamento Administrativo Distrital de Salud- DADIS, como resultado del procedimiento administrativo adelantado por esta entidad, con motivo de la queja interpuesta por la señora Diana María Ricardo García por la muerte de su esposo Félix Enrique Rivera Pineda.”

TESTIMONIALES:

Se decretaron los testimonios de los señores ADRIANA DUQUE, GLORIA AFANADOR ROSAS, ANA KARINA TORRADO LÓPEZ, ABELARDO URIBE RAMÍREZ, MARTHA EMILSE PACHECO

INTERROGATORIO DE PARTE

Se decretó el interrogatorio de parte de los demandados PEDRO VÉLEZ DE POMBO, FEDERICO ESCOBAR JARAMILLO.

PRUEBA DE LA PARTE DEMANDADA SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS S.A.S:

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda.

PRUEBAS DE LA PARTE DEMANDADA COOMEVA E.P.S S.A

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda.

TESTIMONIOS

Se decretaron los testimonios de los señores AUMERLY HOYOS VALLE, ALEX TEJADA y CLARA EUGENIA SOMOSA PEREZ

PRUEBA DE LA PARTE DEMANDADA FEDERICO ESCOBAR JARAMILLO

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda.

DICTAMEN PERICIAL

Dictamen pericial anunciado con la demanda. El dictamen fue aportado el 1 de junio de 2021.

TESTIMONIOS:

Se decretaron los testimonios de los señores AUMERLY HOYOS VALLE, JUAN MANUEL BENEDETTI, ALFONSO MARTINEZ VISBAL, GUSTAVO GARCIA FERNANDEZ, JONATAN LIENDO, WENDY PAOLA RODRIGUEZ, KAREN HERRERA y RAFAEL DE AVILA

INTERROGATORIO DE PARTE:

Se decretó el interrogatorio de parte de los demandantes.

PRUEBA DE LA PARTE DEMANDADA NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda

TESTIMONIALES:

Se decretaron los testimonios de los señores JUAN MANUEL BENEDETTI, CESAR SCHAMUN FAYAD, GUSTAVO GARCIA.

CONTRADICCIÓN A LA PRUEBA PERICIAL:

“El día de la audiencia deberá comparecer el perito JAVITH GABRIEL RODRIGUEZ CAMARGO, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen aportado en la demanda, de conformidad con el artículo 228 del C.G.P.”

DICTAMEN PERICIAL:

Se concedió término para aportar el dictamen pericial anunciado en la contestación de la demanda. En fecha 26 de mayo de 2021, se aportó el dictamen rendido LUIS GERARDO SALCEDO PRIETO

PRUEBA DE LA PARTES DEMANDADAS IPS LITOTRICIA S.A Y PEDRO VELEZ DE POMBO

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda

TESTIMONIALES:

Se decretaron los testimonios de los señores AUMERLY HOYOS VALLE, JUAN MANUEL BENEDETTI, CESAR SCHAMUN FAYAD, ALFONSO MARTÍNEZ VISBAL y GUSTAVO GARCÍA FERNÁNDEZ

CONTRADICCIÓN A LA PRUEBA PERICIAL:

“El día de la audiencia deberá comparecer el perito JAVITH GABRIEL RODRÍGUEZ CAMARGO, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen aportado en la demanda, de conformidad con el artículo 228 del C.G.P.”

DICTAMEN PERICIAL:

Se concedió término para aportar el dictamen pericial anunciado en la contestación de la demanda. En fecha 26 de mayo de 2021, se aportó el dictamen rendido LUIS GERARDO SALCEDO PRIETO

PRUEBA DE LA LLAMADA EN GARANTÍA LA PREVISORA S.A

DOCUMENTALES: Téngase como pruebas los documentos aportados con la contestación del llamamiento.

INTERROGATORIO DE PARTE:

Se decretó el interrogatorio de parte de a los demandantes.

CONTRADICCIÓN A LA PRUEBA PERICIAL:

“El día de la audiencia deberá comparecer el perito JAVITH GABRIEL RODRIGUEZ CAMARGO, en la cual el juez y las partes podrán interrogarlo bajo juramento acerca de su idoneidad e imparcialidad y sobre el contenido del dictamen aportado en la demanda, de conformidad con el artículo 228 del C.G.P. ofíciase.”

PRUEBA DE LA LLAMADA EN GARANTÍA MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía.

PRUEBA DE LA LLAMADA EN GARANTÍA SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

Las documentales aportadas con la contestación de la demanda y el llamamiento en garantía.

PROBLEMA JURÍDICO

Dicho lo anterior, el problema jurídico se contrae a dilucidar, si se reúnen, los presupuestos axiológicos de la acción indemnizatoria promovida por los demandantes, con el fin de que las demandadas sean declarada civilmente responsable, por los perjuicios materiales e inmateriales que aseguran haber sufrido por la supuesta negligencia, falla en la prestación del servicio médicos quirúrgicos, dentro del procedimiento realizado el 12 de agosto de 2015, denominado nefrectomía parcial por laparoscopia, que conllevo a que la paciente sufriera de falleciera como consecuencia de un shok hipovolémico.

CONSIDERACIONES

Para resolver el problema jurídico deben realizarse las siguientes consideraciones.

La responsabilidad civil en general, podemos definirla como la consecuencia que se deriva de causarle un daño a un tercero, que acarrea consigo la obligación de indemnizar los perjuicios causados. Bajo la premisa que todo aquel que cause un daño a otro está obligado a responder, dicha obligación es considerada como una sanción resarcitoria, que busca dejar a quien se le causo el agravio, en una situación lo más parecida posible, a como se encontraba antes de sufrir el daño.

En tratándose de la responsabilidad médica, los elementos generales de la acción resarcitoria adquieren un matiz especial, los cuales se presentan de la siguiente manera:

El primero de estos elementos es el **Hecho culposo en la responsabilidad médica**, el cual, viene representado en lo que se ha denominado por la doctrina y la jurisprudencia, como “*acto médico*”. El cual es entendido por esta última como “*toda aquella actividad mediante la cual el galeno se compromete a emplear su habilidad y sapiencia con miras a curar al enfermo; por lo que para tal efecto, debe desarrollar un conjunto de labores encaminadas al diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente y, de ser el caso, a intervenirlo quirúrgicamente*”.

Finalmente, el acto médico como fuente de responsabilidad reviste unas características especiales que lo hacen una figura sui generis, pues obviamente es un acto que solo puede ser ejercido por un profesional de la salud y que dicha actuación además de ser lícita, debe estar sujeta a las normas de la denominada “*lex artis*”, cuyo objetivo primordial y humanista consiste en la curación del paciente que pone en sus manos el bien jurídico de su salud.

Y es precisamente por lo anterior, que la obligatoria prueba en lo referente al hecho consistirá para el caso de la responsabilidad médica, en la violación a las normas de la mencionada “*lex artis medica*” entendida esta como el conjunto de directrices a seguir en una técnica o profesión y que aparece consagrada normativamente en la ley 23 de 1981 mediante la cual se expresó en su artículo 12 que “*El médico solo empleará medios diagnósticos o terapéuticos*

debidamente aceptados por las instituciones científicas legalmente reconocidas” y que “Si en circunstancias excepcionalmente graves un procedimiento experimental se ofrece como la única posibilidad de salvación, éste podrá utilizarse con la autorización del paciente o sus familiares responsables y, si fuere posible, por acuerdo en junta médica”.

Así mismo el Art. 8 del decreto reglamentario 3380 de 1981 establece que las instituciones científicas legalmente reconocidas comprenden: “a) Las facultades de medicina legalmente reconocidas; b) Las academias y asociaciones médico-científicas reconocidas por la Ley o el Ministerio de Salud; c) La Academia Nacional de Medicina; d) Las instituciones oficiales que cumplan funciones de investigación médica y de vigilancia y control en materia médico-científica”.

Por todo lo anterior, al momento de probar el hecho, no basta con acreditarlo naturalmente, sino que se exige la configuración de la culpa, esto es, acreditar que el galeno o la institución se apartaron de lo prescrito por las autoridades ya señaladas, sean ya tratamientos o procedimientos encaminados a remediar la enfermedad o patología.

En lo referente a la carga de la prueba de la culpa médica, la misma compete al demandante, tal como lo ha señalado la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en providencia fechada 30 de enero de 2001, expediente No. 5507.

En cuanto al **Daño en la responsabilidad médica**. En lo que se refiere al daño, en este especialísimo campo, debe decirse que viene representado en las diversas afectaciones que pueda sufrir el paciente en su humanidad y en su psiquis.

Y por último, la **Relación de causalidad entre el hecho culposo y el daño en la responsabilidad médica**, no existe discusión en cuanto al “*onus probandi*” que recae sobre quien pretende la indemnización del perjuicio reclamado, así como tampoco respecto a la forma en que este debe quedar determinado, pues si bien es cierto que con el pasar de los años han surgido un sinnúmero de teorías que sin éxito han tratado de determinar dicho elemento con un nivel de certeza suficiente como el que debe reinar en todas las providencias judiciales, también lo es, que en la actualidad se ha llegado a una especie de consenso, el cual ha tenido eco en la jurisprudencia nacional y reside en la denominada “*teoría de la causalidad adecuada*”, según la cual no todas las causas serían aptas o estarían en plano de igualdad para producir el daño sino, que el juez debe mirar cuales de ellas eran las que según las reglas generales de la experiencia o la normalidad de la vida debían producirlo, posición que fue plasmada por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en providencia del 15 de enero de 2008, expediente No. 11001-3103-037-2000-67300-01.

No obstante, cuando se trata de asuntos de índole técnico como los atinentes a la medicina y cada una de sus áreas, la misma Corte con anterioridad había sostenido ya, que el sentido común o las reglas de la vida y la experiencia de las que tanto ha hecho uso la misma corporación a lo largo de su evolución jurisprudencial, no son en principio los criterios llamados a servir de derrotero

para determinar dicha causa jurídica adecuada, por la potísima razón de que estos per-se no arrojan certeza sobre el específico punto, pues se requiere antes de ser ellas aplicadas, la dilucidación de un experto o persona docta en esas materias haciendo uso de ese conocimiento especializado del que no dispone el común de las personas ni tampoco los jueces como profesionales del derecho, para luego si esclarecer, bajo la óptica de las reglas de la experiencia, cuál ha sido la idónea para producir el resultado, que en estos casos se traduce en un daño.

Vista así la forma en que los elementos generales de la responsabilidad civil se matizan en materia médica, corresponde a este Despacho entrar a dilucidar la respuesta al interrogante inicialmente planteado. Y para ello se procederá a la verificación probatoria de cada uno de los presupuestos enunciados, esto es, la configuración de un acto médico culposo, un daño y la relación de causalidad entre estos.

El primero de tales elementos es un **Acto Médico Culposo**, y según se desprende de la demanda, se endilga al extremo demandado un único acto médico culposo:

Indebido tratamiento postoperatorio y cuidado postoperatorio que recibió el señor FÉLIX ENRIQUE RIVERÁ PINEDA por parte de los médicos que intervinieron en la práctica quirúrgica de NEFRECTOMÍA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA, propiciando que padeciera una hemorragia que condujo a la pérdida de oportunidad de que sobreviviera.

Sea lo primero hacer un recuento de lo establecido en la historia clínica del finado FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA, puesto que esta acopia toda la información, sobre la condición del paciente y la actuación desplegada por los profesionales de la medicina y de la institución médica que lo atendió, para así valorar la conducta de estos.

Es por ello que dicho documento resulta de vital importancia en los procesos de responsabilidad médica, para valorar la conducta de todos los intervinientes en la prestación de los servicios médicos a fin de establecer una mala praxis.

Revisada la historia clínica emanada del NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE, tenemos que:

Que el día 12 de agosto de 2015 a las 13:40, al señor FELIX RIVERA PINEDA le fue practicada una nefrectomía parcial por laparoscopia, por presentar un tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón, el cual transcurrió sin complicaciones, siendo tolerado el procedimiento por parte del paciente, tal como se aprecia del folio 187 del cuaderno principal

Siendo las 21:58 del día 12 de agosto de 2015, el paciente es ingresado a urgencias en regular estado general, con palidez generalizada, normo tenso límite con tendencia a la hipotensión, mucosa oral seca, con sensación de ahogo.

Y al análisis por parte del personal de urgencia, se señala que el paciente *“con diagnóstico de pop de nefrectomía parcial laparoscópica derecha, en regulares condiciones generales con palidez mucocutanea generalizada, normotenso con tendencia a la hipotensión, nomocárdico orientado, viene remitido del servicio de cirugía para vigilancia de su posoperatorio. Al mirar estado clínico actual del paciente, se ordena cuadro hemático de control y ionograma con el fin de verificar niveles de hemoglobina y corregir de ser necesario, paciente sujeto a evolución médica y con órdenes dejadas por el servicio de cirugía.”* (Folio 128)

Que a las 2:43 am del día 13 de agosto de 2015, por llamado de familiares del paciente y del personal de enfermería se atendió al paciente encontrándose al mismo en malas condiciones generales, con respiración superficial, con pobre respuesta, Glasgow bajo, quien deja de responder a estímulo en examinación médica, y al verificarse los signos vitales no se halló respuesta, no movimiento ventilatorio, sin ruidos cardíacos, iniciándose maniobras compresivas y ventilaciones asistidas por máscara de reanimación, bajo protocolo de reanimación ACLS se le aplican dosis de adrenalina de 1mg cada 3 minutos, y se llama a médico intensivista, quien acude al llamado, y es remitido el paciente a la unidad de cuidados intensivos. (Folio 129)

En dicha nota, se establece que el paciente tuvo 2 paradas cardíacas, una de 10 minutos de reanimación y otro de 6 minutos. (Folio 130)

Al ingreso del paciente a la unidad de cuidados intensivos, y en razón a su estado de post de reanimación cardíaca secundario a choque hipovolémico hipotenso bradicardio, se le aplica ampolla de atropina, y que a los 10 minutos se realiza actividad eléctrica sin pulso, por lo que se inician maniobras de reanimación básicas y avanzadas, empezando con compresiones cardíacas, se aplican 3 ampollas de adrenalina, fluido terapia en bolo y se ordena transfundir 3 unidades de sangre, respondiendo a los mismos.

Luego, al entrar en estado crítico e hemodinámicamente inestable, se ordena reserva paquete de trauma completo, 10 de trauma fresco, 10 de plaquetas y 6 de gre. Se llama a urólogo tratante, realizándole 18 llamadas sin respuesta al mismo, por lo que se llama a urólogo de turno quien tampoco responde. Por ello al paciente se le inicia soporte con noradrenalina, sin respuesta al mismo, y se inicia entonces vasopresina para mejoramiento de cifras tensionales, se inicia gatroprotección con omeprazol y se pasa bicarbonato de sodio IV en paciente con gases arteriales, acidosis metabólica severa, se ordena sedación en el paciente quien se encuentra obnubilado, dejándose al mismo hemodinámicamente inestable, en estado crítico y con pronóstico reservado, insistiéndose en llamar a urología. (Folio 130)

A las 7:53 del 13 de agosto de 2015 el paciente es intervenido por el Dr. PEDRO VELEZ, quien le realiza laparotomía exploratoria sod, nefrectomía de riñón residual o único sod y lavado peritoneal terapéutico sod, por el diagnóstico de tumor de comportamiento incierto o desconocido del riñón y hemorragia no clasificada en otra parte (Folio 189)

Siendo las 13:05 se recibe al paciente, procedente del servicio de quirófano, al que se le practicó intervención quirúrgica de laparotomía exploratoria, lavado

peritoneal con hallazgos de hemoperitoneo (1500 ml), con riñón derecho residual sangrando, por lo que se realiza nefrectomía total derecha. Paciente en contexto así mismo de shock hipovolémico secundario a sangrado perioperatorio, y le fueron transfundidas 3 unidades de gre, 3 unidades de plasma y 3 unidades de plaquetas intraoperatorio, anurico desde realización de cirugía. En el momento de ingreso, paciente taquicardico, hipotenso, por lo que se administran bolos de cristaloides intravenosos, se continúa sedación, se ordena transfusión de glóbulos rojos empaquetados compatibles, plasma y plaquetas. Así mismo se ordena transfusión tranexamico, y a pesar de ello el paciente con persistencia de hipotensión por lo que se inicia soporte vasoactivo con adrenalina, se considera así mismo, reservar hemoderivados, realizar radiografía de tórax portátil y ecocardiograma transtoracico con el fin de evaluar estructura y función miocárdica, se considera colocación de catéter picco para monitoreo hemodinámico continuo y medición de presión intra abdominal.

Se obtiene reporte de gasimetria arterial con mejoría de acidosis metabólica, por lo que se suspende infusión de bicarbonato, se ordenan paraclínicos y continuidad en unidad de cuidados intensivos, bajo soporte ventilatorio invasivo, soporte vasoactivo y estricto monitoreo hemodinámico continuo, con pronóstico sujeto a su evolución.

A las 14:49 del día 13 de agosto de 2015, se encuentra a paciente en unidad de bajo contexto de choque hipovolémico de tipo hemorrágico secundario a postquirúrgico inmediato de laparotomía exploratoria + lavado peritoneal + nefrectomía total derecha secundario a masa renal, y se considera valoración por nefrología con objetivo de determinar realización o no de terapia hemodialitica, se considera cuadro de falla orgánica con lesión hepatocelular y estado de coagulación intravascular diseminada por lo que decide iniciar administración de crioprecipitado de 7 ui, se realiza recalcu de plasma fresco congelado con administración de 2 u de plasma adicionales para corrección de cuagulopatía. Se aprecia nivel de presión intra abdominal de 28. Se solicita revaloración por urología y cirugía general para determinar conducta ante posible desarrollo de isquemia intestinal por aumento de pia, se aprecia hemoglobina de 8, se considera reservar 4 unidades de gre ante intervención a determinar. Se identifican biomarcadores cardiacos positivos por lo que se considera mantener seguimiento de biomarcadores y solicitar ecocardiograma.

Se aprecia paciente con nivel de conciencia muy activo a pesar de sedoanalgesia con fentanyl, por lo que se decide iniciar administración de benzodiacepinas en bolos y si tensiones arteriales toleran, iniciar infusión con objeto de evitar aumento de presión intra abdominal.

A las 18:21 del 13 de agosto de 2015 el paciente es intervenido quirúrgicamente, realizándose procedimiento de laparotomía exploratoria y descompresiva en unidad de cuidados intensivos, bajo anestesia general balacead, previa asepsia y antisepsia colocación de campos quirúrgicos, se retiran suturas de pared abdominal hasta la fascia, se identifican hallazgos: dilatación y edema de asas intestinales, moderados, coágulos en cavidad, dos coágulos grandes depositados en el espacio subdiafragmatico derecho, discreto sangrado en napa de pared, fosa renal y receso parieto cólico derecho. Se realiza revisión sistemática de cavidad. Lavado de cavidad con 2000 cc ssn tibia, se deja

empaquetamiento con tres compresas a nivel fosa renal y receso parietocolico derecho, se cubren asas con epiplón mayor y sobre este se colocó lamina de viaflex y cierra laparotomía aplicando bolsa de Bogotá con prolene 0 puntos continuos. Se cubre con compresas y micropore. El paciente tolero complicación.

Para las 12:38 del día 14 de agosto de 2018, el paciente se encontraba con soporte ventilatorio invasivo, triple soporte vasoactivo y sedación, con frecuencia con evidencia a la taquicardia, con cifras tensionales en metas aunque en el límite inferior, anurico, febril, en gasimteria arterial acidosis metabólica, en paraclínicos control hiperazoemia, ionograma sin trastornos, leucositosis, niveles de hb estables sin requerimientos transfusionales, tiempos de coagulación prolongados por lo que se decide transfundir plasma e iniciar vitamina k.

Se contactó al nefrólogo quien había considerado manejó expectante de acuerdo a evolución del paciente, sin embargo, por persistencia de azoados elevados, nefrólogo revalora al paciente para probable inicio de terapia de reemplazo renal, pero el mismo debe permanecer en la unidad de cuidados intensivos bajo soporte ventilatorio invasivo, soporte vasoactivo y monitoreo hemodinámico continuo, con alto riesgo de inestabilidad hemodinámica, con pronóstico altamente sujeto a evolución.

Para las 13:25 horas del 14 de agosto de 2015, se observa al visoscopio bradicardia extrema, por lo que se ordena ampolla de atropina iv inmediatamente, sin respuesta al mismo, por lo que se busca pulsos periféricos, carotideo y femoral sin presencia del mismo, por lo cual se activa código azul indicando maniobras básicas y avanzadas con compresiones cardiacas, se aplica 10 ampollas de adrenalina en intervalo de 3 minutos cada uno + 10 ampollas de bicarbonato, a pesar de recibir infusión de adrenalina vasopreina y noradrenalina se reanimo durante 30 minutos sin respuesta favorable con persistencia de asistolia, razón por la que se ordena cesar reanimación, dando hora de fallecimiento 12:12, con una diagnóstico de choque hipovolémico, choque no especificado.

En cuanto al acto médico culposo concerniente a un indebido tratamiento postoperatorio y cuidado postoperatorio que recibió el señor FELIX ENRIQUE REVERA PINEDA por parte de los médicos que intervinieron en la práctica quirúrgica de NEFRECTOMIA PARCIAL POR LAPAROSCOPIA, que desencadenó en una hemorragia que condujo al fallecimiento del paciente, es del caso indicar lo siguiente:

De la historia clínica a la que se ha hecho mención, observamos que en la nota de evolución de las 21:58 del 12 de agosto de 2015, que se encontraba paciente orientado, alerta, palidez generalizada, escleras pálidas, pupilas normoreactivas, no inyección conjuntival, cavidad oral sin lesiones, mucosas secas pálidas, faringe si hiperemia, cuello sin masas no soplo no rigidez, tórax sin tirajes, murmullo vesicular conservado, sin sobre agregados con leve sensación de ahogo, latidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen peristalsis blando, depresible, sin masas, no doloroso a la palpación, se aprecia apósito limpio, no sin estigmas de sangrado, no irritación peritoneal, extremidades sin

edema, pulsos distales simétricos, fuerza motora y sensibilidad conservada, marcha adecuada, glasgow: 15/15, lenguaje coherente, no focalización neurológica aparente.

Una vez revisada la literatura médica, como lo es el artículo Choque hipovolémico, un nuevo enfoque de manejo, publicado en la 7a REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL DE RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA Vol. 41. Suplemento 1 Abril-Junio 2018, se indica que:

“El choque hipovolémico es el tipo de shock más común en pacientes que experimentan una lesión traumática. El diagnóstico de shock se basa en signos clínicos, hemodinámicos y bioquímicos, que se pueden resumir en tres componentes:

- En primer lugar, la hipotensión arterial sistémica, típicamente, la presión arterial sistólica es menor a 90 mmHg o la presión arterial media es menor a 70 mmHg, con taquicardia asociada.*
- En segundo lugar, hay signos clínicos de hipo perfusión tisular, que se manifiestan: cutáneo (piel fría y húmeda, con vasoconstricción y cianosis), renal (uresis de 1.5 mmol por litro) y neurológico (estado mental alterado, que típicamente incluye obnubilación, desorientación y confusión).*
- En tercer lugar, la hiperlactatemia (> 1.5 mmol por litro) en la insuficiencia circulatoria aguda”¹*

Contrastado lo manifestado en la historia clínica con lo establecido en la literatura médica antes señalada, el paciente FELIX RIVERA para las 21:58 horas del 12 de agosto de 2015, no presentaba la totalidad de la sintomatología que permitiera inferir que en dicho momento padeciera de un shock hipovolémico.

Sobre ello precisamente se pronunciaron Dr. JUAN MANUEL BENEDETTI SARASTY (testigo parte demandada - anestesiólogo), CESAR CHAMUD FAYAD (testigo parte demandada - urólogo) Y LUIS SALCEDO PRIETO (perito parte demandada - anestesiólogo), en las declaraciones rendidas en audiencia del 2 de septiembre de 2021, cuando manifestaron de manera unánime que la sintomatología que presentaba el señor FELIX RIVERA PINEDA (q.e.p.d) a las 21:58 pm del 12 de agosto de 2015 no eran indicativa de shock hipovolémico, ya que la saturación, la frecuencia cardíaca y el Glasgow (grado de conciencia) estaban dentro de los parámetros normales.

En cuanto a la palidez generalizada el Dr. JUAN MANUEL BENEDETTI, señalo que esta eventualmente puede presentarse *“por el escalofrío propio de los líquidos que está teniendo, por el postoperatorio de anestesia, por la frialdad de la sala” que puede dar una impresión subjetiva de palidez*, *“pero esto como dato único no es signo de alarma, uno se basa también en la oxigenación, en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial, eso hace el conjunto, pues uno hace un diagnóstico, pero en este caso el paciente dice estar normo cardiaco, dice con algo de tendencia a la hipotensión”*

¹ <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181be.pdf>

De lo anterior se puede concluir que la sola palidez no es un signo de alarma que permita establecer que el paciente está con un cuadro de shock hipovolémico

Luego, según la nota de enfermería de la 01:34 horas del 13 de agosto de 2015, (folio 115) el señor FELIX RIVERA (q.e.p.d.) sufrió parada cardíaca por lo que se decide llamar al intensivista de turno, quien valora y decide realizar reanimación cardiopulmonar asistida con máscaras de reanimación, bajo protocolo de reanimación ACLS, se aplican 1 mg de adrenalina cada 3 minutos, 4 ampollas en total, se avisa a intensivista en turno, quien realiza intubación orotraqueal con tubo No. 8, observándose buena ventilación pulmonar, SAT O2 95%, por lo que después de 10 minutos responde a la reanimación presentando frecuencia de 104 X, por lo que es trasladado en camilla hacia UCI con ventilación invasiva + acceso venoso permeable, sonda vesical a cistoflo y dren en flanco derecho.

La parte demandante aporta un informe de resultado de queja adelantado por el DADIS (folio 234), en el que se indica que se incumplieron los lineamientos establecidos en las Guías de Atención Médica del Ministerio de Salud y Protección Social, la Ley 100 de 1993, la Organización Mundial de la Salud, en los que se indica que se proponen 2 estrategias terapéuticas para contrarrestar un shock hipovolémico, como lo son: el control de la hemorragia y la reversión de la hipovolemia, considerándose mandatorio disminuir cuanto se pueda el tiempo entre la hemorragia y su control quirúrgico, lo cual alegan no se hizo en el presente caso.

Una vez consultada la guía para el manejo de urgencias 3ª edición tomo 1 expedido por el Ministerio de la Protección Social, tenemos que en la página 61 se establece *“En el clásico algoritmo de manejo del ATLS se proponen dos estrategias terapéuticas: el control de la hemorragia y la reversión de la hipovolemia.”* Tal como lo menciona el DADIS, pero no aclara que en dicha guía se señala que *“El problema radica en que no es claro cuál debe primar y, una vez decidida la corrección del volumen, cuál es la solución ideal.”*²

Quiere ello decir, que las guías médicas no establecen con certeza cuál de los procedimientos es más acertado para contrarrestar el shock hipovolémico, razón por la cual, cualquiera de los que se elija para la preservación de la vida del paciente es apropiado y podría decirse que ajustado a la *lex artis*.

De igual manera se indica en dicho documento – resultado de queja – (folio 776 al 785) que la opción idónea para contrarrestar el shock hipovolémico que presentaba el paciente FELIX RIVERA, era la intervención quirúrgica, la cual se realizó 5 horas después de la segunda parada cardíaca.

Revisada la guía para el manejo de urgencias al que se ha hecho mención en su página 62, se tiene que la misma establece el procedimiento a seguir en los casos de shock hipovolémico de la siguiente manera:

² https://kupdf.net/download/guias-para-manejo-de-urgencias-tomo-i_5af3cdcae2b6f5d5620dfc5e_pdf#

“El diagnóstico y tratamiento del estado de shock deben realizarse casi simultáneamente. El tratamiento médico debe partir del ABCDE de la reanimación. Por lo tanto, la primera prioridad es establecer una vía aérea adecuada que provea oxigenación y ventilación.

(...)

Para la reversión de la hipovolemia no basta con calcular la cantidad de sangre perdida, sino que las metas deben estar guiadas principalmente por las cifras de tensión arterial. Así las cosas, antes de lograr el control vascular de la hemorragia, la presión sistólica objetivo está entre 80 y 100 mm Hg. El debate candente de los últimos años ha sido el del tipo de solución necesaria para alcanzar estas metas en la reanimación. Es claro que la evidencia tiende a inclinarse hacia el uso de cristaloides sobre los coloides, a pesar de los problemas que las grandes infusiones de estos líquidos pueden causar.

(...)

Por esto el ATLS recomienda: administración rápida de 1 a 2 litros de cristaloides seguido de sangre y cristaloides con la meta de obtener pulso y presión arterial normal, pero advierte que “la resucitación agresiva y continua con volumen no es un sustituto para el control manual u operatorio de la hemorragia”. Por lo tanto, la meta de obtener presión arterial sistólica entre 80 y 100 mm Hg, mientras no se controle el sitio de sangrado, ha demostrado mejores resultados.

(...)

Como ya se mencionó, el abordaje inicial del shock hemorrágico según el ATLS es con 1 a 2 litros de cristaloides para un adulto, o 20 ml por kilo para un niño. Si hay hemorragia grado I ó II y se controla el sitio sangrante, este manejo debe ser suficiente (...)

Si hay hemorragia grado III ó IV, rápidamente debe pensarse en administrar componentes sanguíneos; la rápida y precoz administración de plasma fresco congelado (PFC) es excelente elección, porque es un fluido que restaura rápidamente el volumen intravascular con pocos efectos secundarios siempre y cuando la sangre haya sido recientemente obtenida, pues además aporta factores de coagulación. La capacidad transportadora de oxígeno de la hemoglobina hace que la transfusión de glóbulos rojos se haga necesaria, principalmente en los pacientes que no responden al bolo inicial de cristaloides o que retornan rápidamente a hipotensión después de transitoria mejoría.”³

Nótese que, en las guías, no se establece que un paciente con un shock hipovolémico deba ingresar de manera inmediata al quirófano para controlar la hemorragia, por cuanto previo a ello es necesario que se busque una vía aérea adecuada que provea oxigenación y ventilación y posterior a ello proceder a la administración rápida de líquidos (cristaloides y sangre) con la meta de obtener pulso y presión arterial normal y así poder intervenirlo quirúrgicamente, es decir, el paciente debe estar hemodinámicamente estable para poder pasar al quirófano.

De la historia clínica a la que se hizo mención, se aprecia que al paciente FELIX RIVERA, antes de proceder al segundo procedimiento quirúrgico el día 13 de agosto de 2015 a las 7:43 horas, se le aplicaron líquidos cristaloides y transfusiones de sangre, como lo indica el protocolo establecido por el

³ https://kupdf.net/download/guias-para-manejo-de-urgencias-tomo-i_5af3cdcae2b6f5d5620dfc5e_pdf#

Ministerio, por lo que no encuentra el Despacho un actuar negligente del cuerpo médico y asistencial del Hospital Bocagrande.

Con respecto a este punto, el Dr. BENEDETTI, cuando el vocero de la parte actora le pregunto que *¿si el paciente después de una intervención quirúrgica, presente shock hipovolémico, como efectivamente se dejó en constancia cuando tuvo la primera parada, se puede detener de manera inmediata ese sangrado o hay que hacer procedimientos antes de llevarlo a quirófano?* este señaló que “uno lo primero que hace es reestablecer el estado general del paciente, eso quiere decir tratar de compensarlo desde el punto de vista de tensión arterial, compensarlo desde el punto de vista de frecuencia cardiaca” y una vez “se haya tratado de compensar al paciente si existe una evidencia de sangrado evidentemente el paciente debe ser llevado a cirugía” lo anterior reafirma que la actuación del cuerpo médico que estuvo apegada a las guías de manejo de urgencia del Ministerio de Protección Social

Si bien milita en la historia clínica de que al demandado Dr. PEDRO VÉLEZ DE POMBO, que se le hicieron 18 de llamadas telefónicas para ponerle en conocimiento las complicaciones que presentaba el señor FELIX RIVERA, las cuales no fueron atendidas por este, así como también que se hicieron llamadas al urólogo de turno, ello no conduce indefectiblemente a la existencia de una mala praxis médica.

Téngase en cuenta, como se indicó líneas atrás, que, para proceder a controlar un shock hipovolémico vía quirúrgica, es necesario que con anterioridad se realicen una serie de actuaciones tendientes a la estabilización del paciente, lo cual ocurrió desde las 2:43 horas del 13 de agosto de 2015 hasta las 7:00 horas del mismo día, en que es valorado por su médico tratante y es reintervenido.

No desconoce el Despacho que transcurrió casi 5 horas desde que el paciente tuvo la segunda parada cardiaca y la segunda intervención quirúrgica, pero como se desprende de las guías médicas dadas por el Ministerio de Salud, no está establecido cuanto tiempo debe esperarse para proceder a corregir la hemorragia que produce el shock hipovolémico, por cuanto en dicha guía solo se hace alusión que se debe hacer de manera pronta, pero la prontitud, en el ámbito de la medicina, al no ser una ciencia exacta, puede variar en cada caso dependiendo de las condiciones clínicas y físicas de cada paciente, es por ello que no podemos asegurar, que el hecho de no contestar las llamadas por parte del demandado PEDRO VELEZ, constituya una mala práctica médica, si con posterioridad atendió al paciente y los reintervino quirúrgicamente.

En ese punto es de caso señalar que doctores JUAN MANUEL BENEDETTI - (testigo – parte demandada) y LUIS SALCEDO PRIETO (perito – parte demandada) ambos médicos anesthesiologists, mencionaron que llevar al paciente a quirófano para corregir el sangrado inmediatamente sin estabilizarlo previamente luego de la segunda parada cardiaca, era como causarle la muerte.

En sus palabras el Dr. JUAN MANUEL BENEDETTI señaló llevar a una paciente cirugía después de una parada cardiaca era como darle “*el puntillazo final*” y por su parte el Dr. LUIS SALCEDO PRIETO exponiendo el hipotético caso de que fuera su papa el que estuviera en las condiciones del paciente FELIX,

claramente indico “no lo llevo a cirugía, lo voy a matar en cirugía, con dos centímetros que le ponga de un depresor anestésico me hace paro cardiaco ese paciente y se muere”

En este punto corresponde al despacho hablar sobre la pérdida de oportunidad alegada por los actores, al respecto es de caso traer a colación lo indicado por la corte la corte suprema de justicia en sentencia SC10261-2014, expediente 1100131030031998077701:

La pérdida de una oportunidad atañe a la supresión de ciertas prerrogativas de indiscutible valía para el interesado, porque en un plano objetivo, de contar con ellas, su concreción le habría significado la posibilidad de percibir, ahí sí, una ganancia, ventaja o beneficio, o de que no le sobrevenga un perjuicio. Expresado con otras palabras, existen ocasiones en las que la víctima se encuentra en la situación idónea para obtener un beneficio o evitar un detrimento, y el hecho ilícito de otra persona le impide aprovechar tal situación favorable.

Y es que, en tales casos, sin adentrarse la Corte en las disputas doctrinales que controvierten si el debate se debe situar en el requisito de la relación de causalidad o, por el contrario, en el de la certeza del daño, lo cierto es que respecto del sujeto que se encuentra en una situación como la descrita, puede llegar a predicarse certeza respecto de la idoneidad o aptitud de la situación para obtener la ventaja o evitar la desventaja, aunque exista incertidumbre en cuanto a la efectividad de estas últimas circunstancias.

(...)

Es claro, entonces, que si, como se señaló, una cosa es no percibir una ganancia y otra verse desprovisto de la posibilidad de obtenerla, el daño por pérdida de una oportunidad acaece sólo en frente de aquellas opciones revestidas de entidad suficiente que, consideradas en sí mismas, permitan colegir, por una parte, que son reales, verídicas, serias y actuales, reiterando aquí lo expresado por la Sala en el fallo precedentemente citado, y, por otra, idóneas para conseguir en verdad la utilidad esperada o para impedir la configuración de un detrimento para su titular, esto es, lo suficientemente fundadas como para que de su supresión pueda avizorarse la lesión que indefectiblemente ha de sufrir el afectado.

Por lo tanto, es indispensable precisar que la pérdida de cualquier oportunidad, expectativa o posibilidad no configura el daño que en el plano de la responsabilidad civil, ya sea contractual, ora extracontractual, es indemnizable. Cuando se trata de oportunidades débiles, incipientes, lejanas o frágiles, mal puede admitirse que, incluso, de continuar el normal desarrollo de los acontecimientos, su frustración necesariamente vaya a desembocar en la afectación negativa del patrimonio o de otro tipo de intereses lícitos de la persona que contó con ellas.

El perito JAVITH GABRIEL RODRÍGUEZ CAMARGO menciona en su experticia que en guía para el manejo de urgencias 3ª edición tomo 1 expedido por el Ministerio de la Protección Social, propone dos estrategias terapéuticas, “el control de la hemorragia y la reversión de la hipovolemia”, sin embargo, tal como lo hizo también el DADIS, omitió señalar que ese mismo documento se menciona que “El problema radica en que no es claro cuál debe primar y, una vez decidida la corrección del volumen, cuál es la solución ideal.”⁴

⁴ https://kupdf.net/download/guias-para-manejo-de-urgencias-tomo-i_5af3cdcae2b6f5d5620dfc5e_pdf#

Aduce también el perito JAVITH RODRÍGUEZ CAMARGO que después del acto quirúrgico de nefrectomía parcial realizado el 12 de agosto de 2015, entre el horario de “5:00 pm y las 21:58 pm” del mismo día, no se evidencia registro medico alguno acerca de las condiciones de salud del paciente FELIX que demuestre la vigilancia de este en el postoperatorio.

[illegible][illegible]

FECHA	HORA	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRACION	T.A.	FIRMA
12-08-25	21:00	37° SAT 100%	70x'	20x'	100/70	Louides
	21:15	36°	74x'	20x'	100/60	Louides
	22:10	36° SAT 96%	76x'	26x'	100/60	Louides
	23:00	36°	76x'	26x'	100/60	Louides
	24:30					
13-08-10	1:00	SAT 95%	104x'		60/60	Kelly

16:15	100%	42x'	100/87	
16:30	100%	40x'	88/55	03
17:00	98%	66x'	130/90	
17:15	98%	62x'	143/86	
17:30	99%	60x'	130/74	
17:45	99%	66x'	130/90	
18:00	97%	60x'	122/72	
18:30	98%	72x'	126/77	
19:00	98%	76x'	120/70	
21:00	98%	76x'	120/60	

En las anteriores imágenes de las notas de enfermería que obran en la historia clínica del finado FÉLIX RIVERA PINEDA, se puede observar que este estuvo en constante monitoreo de signos vitales y que incluso al este manifestar que sentía dolor, el anestesiólogo le ordenó el suministro de morfina.

En ese sentido no puede decirse que hubo una falta de atención y por lo tanto una pérdida de oportunidad en el caso del señor FÉLIX RIVERA PINEDA, por el contrario, de las pruebas aportadas al dossier, lo que vislumbra el despacho es que el personal médico que estuvo a cargo de la salud del fallecido, cumplió con los protocolos y guías del Ministerio de la Protección Social para el tratamiento de un shock hipovolémico.

Valga resaltar en este momento, que al estar en presencia de una obligación de medios, el compromiso del médico tratante así como del personal asistencial de las entidades que intervinieron al finado FELIX RIVERA, se encontraba supeditado al buen uso de su conocimiento profesional, empleando la debida diligencia y cuidado al momento de realizar los procedimientos realizados, ya que el resultado, como lo ha expresado la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, se encuentra supeditado a factores externos que escapan de su dominio. Aclarándose, que, si bien lo perseguido con la medicina es la curación del enfermo, la obligación del médico por regla general, siendo el caso de las obligaciones de medio, es la de emplear adecuadamente sus conocimientos al momento de ejecutar cada acto, y al hacerlo de dicha manera, cumple o satisface con su obligación.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 30 de enero de 2001, expediente 5507 con ponencia del Dr. José Fernando Ramírez Gómez, señaló: Igualmente en sentencia de 3 de noviembre de 1977, la Corte consideró que por lo regular las obligaciones que para los médicos surgen, son de medio, de ahí que éstos no se obliguen, según se dijo *“a sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”*.

El hecho de que al paciente FELIX RIVERA PINEDA, con ocasión del procedimiento de nefrectomía parcial derecha, se le haya desencadenado un sangrado que le producido un shock hipovolémico que conllevo a su posterior fallecimiento, ello por sí solo no es suficiente para endilgar responsabilidad, dado que para ello se requiere de un elemento generador de culpa, pues de lo contrario no se está en presencia de un acto médico culposo, máxime que pueden existir eventos adversos no achacables al personal médico, asistencial u administrativo que participan de la prestación del servicio de salud, sino que pueden obedecer a otras circunstancias, o que inclusive son susceptibles de acontecer aun con el empleo de la pericia más calificada y de un actuar diligente y cuidadoso.

Si bien el despacho no pierde de vista la afectación o el impacto que tiene en la vida de los demandantes, el fallecimiento del señor FELIX RIVERA PINEDA, ello no es suficiente para endilgar la responsabilidad civil enrostrada a la parte demandada, ya que al encontrarnos en el campo de la culpa probada, le corresponde a los actores demostrar la culpa en la que incurrió el profesional de la medicina PEDRO VELEZ DE POMBO y el cuerpo médico y asistencial del NUEVO HOSPITAL BOCAGRANDE, y para lo cual no basta el hecho de que no se haya conseguido el resultado esperado con las intervenciones quirúrgicas, que es la curación del enfermo.

Así lo ha considerado la Sala de Casación Civil, en la sentencia del 30 de enero de 2001, expediente 5507 antes citada, al señalar *“Este, que pudiera calificarse como el criterio que por vía de principio general actualmente sostiene la Corte, se reitera en sentencia de 12 de septiembre de 1985 (G.J. No. 2419, págs. 407 y s.s.), afirmándose que “...el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación”*.

En este punto considera este juzgador mencionar que de acuerdo la siguiente literatura médica el sangrado es una complicación que puede darse en el intra o postoperatorio de la cirugía de nefrectomía

“Riesgos De dicha intervención es posible pero no frecuente, esperar los siguientes efectos secundarios o complicaciones:

- *No conseguir la extirpación del riñón.*
- *Persistencia de la sintomatología previa, total o parcialmente.*

· Desarrollo de una infección urinaria como consecuencia de la sonda vesical postintervención, si esta fuera precisa.

· Hemorragia incoercible, tanto durante el acto quirúrgico como en el postoperatorio. Las consecuencias de dicha hemorragia son muy diversas dependiendo del tratamiento que se necesite, oscilando desde una gravedad mínima hasta la posibilidad cierta de muerte, como consecuencia directa del sangrado o por efectos secundarios de los tratamientos empleados.”⁵

(...)

Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en la sentencia SC7110-2017, de radicación N° 05001-31-03-012-2006-00234-01, del 24 de mayo 2017, M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA, acotó:

“(...) En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposos.

Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución. Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, apareja la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.

La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”²¹; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”²². Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.”

Brota de lo anterior que los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos no surgen de un error humano, puesto que son situaciones que irrumpen durante o después de la realización del procedimiento mismo y, por esta razón, su ocurrencia no puede catalogarse como una mala práctica médica y menos atribuirse en grado de culpa en asuntos inherentes a la responsabilidad médica, a menos que se

⁵ <https://www.hmhospital.es/usuariohm-hm/documentosinteres-hm/consentimientos-hm/documents/i-ghm-dg-10.388%20c.i.%20nefrectomia%20rev.2.pdf>

encuentre probado que en la situación concreta el profesional no actuó con suma diligencia y cuidado y atendiendo las reglas de la *lex artis*.

En este orden de ideas, dentro del presente asunto no se demostró la culpa de los demandados, razón por la cual el despacho declara probadas las excepciones de mérito formuladas por las demandadas y llamadas en garantía denominadas “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL”, “LAS OBLIGACIONES MÉDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO”, “INEXISTENCIA DE UN DAÑO INDEMNIZABLE - CASO FORTUITO”, “CONCRECIÓN DE UN RIESGO PERMITIDO”, “INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA, “. ” “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR LA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LA ENTIDAD DE SALUD O MÉDICO TRATANTE”, “AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA”, “FALTA DE NEXO DE CAUSALIDAD” INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE SE SUMINISTRARON AL SEÑOR FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (Q.E.P.D.) Y EL DAÑO QUE SE ALUDE EN LA DEMANDA”, “INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DE LA ACTIVIDAD MÉDICA Y LA NECESIDAD DE LA PRUEBA Y HABER SIDO DILIGENTE Y PRUDENTE LA ATENCIÓN MÉDICA PRESTADA POR EL PERSONAL DE LITOTRICIA S.A”, y se abstendrá de pronunciarse sobre el resto de los medios exceptivos invocados por los demandados así como los llamamientos en garantía que se efectuaron, conforme al inciso 3º del artículo 282 del C.G.P., y en consecuencia se negaran las pretensiones de la demanda, con la consecuente condena en costas.

EN RAZÓN Y MERITO DE LO EXPUESTO, EL JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA DE INDIAS, ADMINISTRANDO JUSTICIA EN NOMBRE DE LA REPÚBLICA Y POR AUTORIDAD DE LA LEY,

RESUELVE:

PRIMERO: Declarar probadas las excepciones de mérito denominadas “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL”, “LAS OBLIGACIONES MÉDICAS SON DE MEDIO Y NO DE RESULTADO”, “INEXISTENCIA DE UN DAÑO INDEMNIZABLE - CASO FORTUITO”, “CONCRECIÓN DE UN RIESGO PERMITIDO”, “INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA, “RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO CONSTITUYE UNA OBLIGACIÓN DE MEDIOS / INEXISTENCIA DEL DAÑO IMPUTABLE A MALA PRÁCTICA MÉDICA.” “INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR LA DILIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO TOTAL DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DE LA ENTIDAD DE SALUD O MÉDICO TRATANTE”, “AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL MÉDICA”, “FALTA DE NEXO DE CAUSALIDAD” INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LOS SERVICIOS MÉDICOS QUE SE SUMINISTRARON AL SEÑOR FÉLIX ENRIQUE RIVERA PINEDA (Q.E.P.D.) Y EL DAÑO QUE SE ALUDE EN LA DEMANDA.”

SEGUNDO: Abstenerse de pronunciarse sobre el resto de excepciones de fondo impetradas por la parte demandada y de los llamamientos en garantía.

TERCERO: No acceder a las pretensiones de la demanda de responsabilidad médica formulada por CARMEN CECILIA PINEDA DE RIVERA, MIGUEL ÁNGEL OVALLE RIVERA, MARÍA CECILIA RIVERA PINEDA Y JORGE ALBERTO RIVERA PINEDA contra PROMOTORA DE SALUD BOCAGRANDE S.A., SERVICIOS MÉDICOS OLIMPUS IPS LTDA, MEDICAL CENTER LITOTRICIA S.A., COOMEVA EPS, CARLOS ARMANDO GONZÁLEZ, PEDRO VÉLEZ DE POMBO Y FEDERICO ESCOBAR.

CUARTO: Condénese en costas a la parte demandante. Por secretaría liquídense.

QUINTO: Señalar como agencias en derecho en favor de la parte demandada, y a cargo de la parte demandante, la suma 1.000.000.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



JAVIER CABALLERO AMADOR
JUEZ

Firmado Por:

Javier Enrique Caballero Amador
Juez
Civil 001
Juzgado De Circuito
Bolivar - Cartagena

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:

f925ede0a99e79f1c1f9c43118b687bc0aad1e51a4e05d790a2a556014bbe57

Documento generado en 15/09/2021 01:54:05 p. m.

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