



RAMA JUDICIAL DEL PODER PUBLICO
JUZGADO SÉPTIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
Radicación No. 76001-31-03-007-2019-00084-00
Santiago de Cali, seis (6) de julio de dos mil veintiuno (2021)

CLASE DE PROCESO: VERBAL

TIPO DE PROCESO: DECLARATIVO

SUBCLASE: RESPONSABILIDAD CIVIL

DTES: NUBIA MENA BECERRA, STIVEN POTES MENA, MARÍA JOSÉ POTES SAA, DILAN ANDRÉS POTES BANGUERO, LENNY STIVEN POTES SAA, YURICELLI POTES MENA, DEISY YURATNY SAAVEDRA POTES, BRITNEYSY MURILLO POTES y EINER GARCÍA POTES.

DEMANDADOS: IVANILICH GÓMEZ SANJUÁN, VIVIAN PIEDAD CATAÑO GARCÍA, CLÍNICA VERSALLES S.A., EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. S.A., ALLIANZ SEGUROS S.A. y MAPFRE SEGUROS GENERALES DE COLOMBIA S.A.

LLAMADAS EN GARANTÍA: ALLIANZ SEGUROS S.A. y CLÍNICA VERSALLES S.A.

Entra a decidir este Despacho a proferir sentencia escritural de primera instancia dentro del presente proceso, procediendo a realizar una síntesis de la demanda y su contestación en los términos del artículo 280 del C.G.P.:

1. Parte Descriptiva

1.1. Descripción del caso objeto de decisión

PRIMERO: el 5 de abril de dos mil diecinueve (2019) se presentó demanda de Responsabilidad Civil Médica que correspondió conocer por reparto al Juzgado Séptimo Civil del Circuito de Cali, para que, a través del procedimiento Verbal, se realicen las siguientes condenas:

1. Como pretensión principal, que se declare responsables a los demandados por los daños y perjuicios ocasionados a los demandantes surgidos por la muerte del señor LUIS GUILLERMO POTES CÓRDOBA por la negligencia médica presentada y la mala praxis en la operación de apendicitis peritonitis, el mal manejo por parte de los galenos en el posoperatorio de su herida abierta y su posterior cierre, el cual nunca llegó por demoras y negligencias de la médico cirujana que debía dar la orden de cierre de la herida, desencadenando la muerte del señor LUIS GUILLERMO POTES CÓRDOBA.

SEGUNDO. Las pretensiones anteriores se basan principalmente en los siguientes hechos relevantes:

1. El señor LUIS GUILLERMO PORTES CÓRDOBA, ingresó el 2 de agosto de 2013 a las instalaciones de la CLÍNICA VERSALLES por un fuerte dolor abdominal, siendo atendido por el doctor IVANILICH GÓMEZ SANJUÁN.
2. El doctor IVANILICH GÓMEZ en el examen físico realizado concluyó que se trataba de una diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y decide dar de alta porque el paciente presenta mejoría en su cuadro,

formulando ciprofloxacina, recomendando dieta y re-consulta si presenta alza térmica, emesis pertinaz o sangrado, como se puede apreciar en la historia clínica.

3. El señor LUIS GREGORIO POTES continúa con fuertes dolores de estómago en casa y vuelve a ingresar a dos días después a urgencias de la CLÍNICA VERSALLES, el 4 de agosto de 2013, siendo atendido por un galeno quien informó que el paciente tenía abdomen distendido, dolor a palpación en hemi-abdomen inferior y sin signos de irritación peritoneal. Ese mismo día, otro médico ordenó exámenes de laboratorio y cateterismo evacuante, considerando que el paciente tenía abdomen agudo y solicitó valoración por cirugía.
4. El señor LUIS GREGORIO POTES es valorado por la cirujana de turno, VIVIAN CATAÑO GARCÍA, quien consideró que cursaba abdomen agudo y debía ser llevado a cirugía de emergencia para realización de laparotomía y el paciente requería UCI posoperatoria, luego conceptuó una apendicitis aguda con peritonitis generalizada.
5. La cirujana realizó una apendicectomía por perforación con drenaje de absceso liberación de plastrón y/o drenaje de peritonitis localizada, sigmoidectomía, lavado peritoneal terapéutico y se dejó el abdomen abierto para segundo tiempo.
6. El 6 de agosto de 2013 el paciente fue llevado a segundo tiempo quirúrgico para colocación de colostomía.
7. En la historia clínica correspondiente al 8 de agosto se consignó por el galeno de turno que se trataba de paciente con diverticulitis perforada con peritonitis, al que se le hizo sigmoidectomía y apendicectomía, con colostomía tipo Hartman.
8. El 16 de agosto de 2013 se dio la orden de salida del señor LUIS GUILLERMO POTES, con cita para control en dos semanas, recomendaciones y signos de alerta.
9. El 30 de diciembre de 2013, el paciente asistió a cita con la doctora BEATRIZ MARINO VIVEROS, quien solicitó exámenes para definir extensión de la diverticulitis y definir la posibilidad del cierre de la colostomía al completar unos 8 meses de la cirugía inicial y prorroga la atención por 30 días.
10. El paciente estuvo asistiendo durante varios meses a citas de control sin que se ordenara el cierre de su herida abierta, a pesar de los diagnósticos de su buena evolución médica.
11. Dos años después y con su herida abierta, el paciente tuvo que acudir nuevamente a urgencias el 22 de julio de 2015 por mareo y vómito, según se consignó en la historia clínica.
12. El 9 de octubre de 2015 se indicó en la historia clínica que el paciente tenía pronóstico reservado, con SIRS activo, signos clínicos de bacteremia, en manejo médico antibiótico de amplio espectro por candidemia, neumonía complicada, entubación orotraqueal.
13. El 13 de octubre de 2015 se indicó en la historia clínica alto riesgo de infecciones por cándida: equinocándina anfotericina, pienso que no es adecuada, ya que el hongo a cubrir sería candida, con pocas posibilidades de hongos filamentosos según evolución nuevas conductas.
14. El 27 de octubre falleció el señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA, el cual, según la información consignada en la historia clínica en dicha fecha, era "paciente críticamente enfermo en contexto de sepsis severa, shock séptico refractario hipoxémico, quien ha recibido soporte multidisciplinario con nutrición, cirugía general, cuidados intensivos, terapia ocupacional. Desde hace tres días empeoramiento hemodinámico, respiratorio severo, con signos de disfunción orgánica múltiple. Desde el día de ayer, a pesar de contar con adecuada terapia antibiótica no ha presentado adecuada evolución clínica. Se ha evidenciado empeoramiento paraclínico en las últimas 4 horas."

TERECERO. En general, las respuestas de los demandados a los hechos de la demanda se encaminaron a refutar los mismos, sobre la base de una adecuada atención médica, haciendo énfasis en que el paciente no padecía apendicitis sino diverticulitis, la dificultad para diagnosticar la misma, la oportuna e idónea

intervención quirúrgica y se asocia la muerte del paciente a su grave condición de salud y no a una negligencia médica. En tal sentido, se opusieron a cada una de las pretensiones de la demanda y propusieron excepciones destinadas a desvirtuar la existencia de nexo causal entre la atención médica brindada al señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA y su posterior muerte, así como la inexistencia de los perjuicios reclamados por los demandantes.

2. Alegatos de conclusión de las partes

La parte demandante insistió en los hechos y pretensiones de la demanda.

Las demandadas hicieron especial énfasis en la buena conducta seguida por el equipo médico conforme a las conclusiones de los dictámenes periciales aportados, razón por la que solicitaron denegar todas las pretensiones de la demanda.

3. Decisiones parciales sobre el proceso

Encuentra el Despacho cumplidos los presupuestos de jurisdicción y competencia. Se encuentra plenamente probada la legitimidad en causa tanto por activa como pasiva; el juzgado es el competente para conocer del proceso tanto por el domicilio de los demandados como por la cuantía del proceso y no se evidencia ninguna causal de nulidad que dé lugar a la invalidación de lo actuado.

1. Problema jurídico principal y asociados

4.1 Determinar si existe responsabilidad civil médica a título de *mala praxis* por parte de los demandados, con fundamento en las atenciones prestadas al señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA (Q.E.P.D.) por los doctores IVANILICH GÓMEZ SANJUÁN y VIVIAN PIEDAD CATAÑO GARCÍA, en relación con la atención en urgencias a cargo del primero, a título de error de diagnóstico; y la cirugía realizada por la segunda y el no cierre de la colostomía a título de negligencia médica; como también por la infección asociada a los cuidados en salud padecida por el mencionado señor, a título de negligencia médica.

4.2 De encontrarse probados los elementos constitutivos de la responsabilidad civil médica respecto a los precedentes problemas jurídicos, deberá determinarse si hay lugar a reconocer los perjuicios materiales y morales reclamados por los demandantes.

5. Tesis del despacho

5.1 No acceder a las pretensiones de la demanda, en tanto los demandados lograron demostrar la idoneidad, la diligencia y adecuada prestación de los servicios de salud brindados al señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA, conforme se logró demostrar mediante los cuatro dictámenes periciales aportados, cada uno de los cuales dio cuenta de la oportuna atención médica, el manejo adecuado de las distintas patologías que afectaron al paciente durante todo el tiempo en que fue atendido, así como también del adecuado manejo de la infección nosocomial padecida por aquel como consecuencia de la prolongada estancia hospitalaria, correspondiendo la misma a un riesgo de carácter inherente, que aun cuando previsible y atendida con apego a los protocolos médicos fue imposible evitar su resultado fatal.

La tesis se sustentará con fundamento en las siguientes argumentos fácticos y jurídicos:

6. Consideraciones

6.1. Hechos relevantes probados

1. Se encuentra plenamente probado el vínculo de parentesco entre el señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA (Q.E.P.D.) y los demandantes de conformidad con los certificados de registro civil de nacimiento aportados con la demanda.
2. Se encuentra demostrado que el señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA estuvo afiliado en calidad de contribuyente a EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. S.A.

6.1.1. Hechos relevantes probados conforme a la información consignada en la historia clínica del señor LUIS GUILLERMO POTES CÓRDOBA

3. El señor LUIS GUILLERMO POTES CÓRDOBA, ingresó el 2 de agosto de 2013 a la urgencia de la CLÍNICA VERSALLES por dolor abdominal tipo cólico (F 238 de 526 C. Principal).
4. A LAS 18:34 del 2 de agosto de 2013 el doctor IVANILICH GÓMEZ SANJUÁN dio de alta al paciente considerando mejoría en su cuadro, prescribiendo ciprofloxacina, dando recomendaciones de dieta y reconsulta en caso de emesis pertinaz, alza térmica o sangrado.
5. El señor LUIS GREGORIO POTES volvió a urgencias de la CLÍNICA VERSALLES el 4 de agosto de 2013, consultando por cuadro clínico de tres (3) días de dolor localizado en hemiabdomen inferior, asociado a distensión abdominal, disuria y orina fétida, sin fiebre a las 6:30 a.m conforme a historia clínica (F 241 de 526 C.P.).
6. El paciente a las 10:37 es valorado por la cirujana de turno, doctora CATAÑO, quien considera que el paciente cursa con abdomen agudo y debe ser llevado a cirugía de emergencia para realización de laparotomía, solicita RX de tórax y paraclínicos (F 242 de 526 CP).
7. A las 14:25 del 4 de agosto de 2013, el señor LUIS GREGORIO POTES CÓRDOBA fue sometido a cirugía de apendicectomía por perforación de con drenaje de absceso liberación de plastrón y/o drenaje de peritonitis localizada SOD-7730, sigmoidectomía SOD-7724 y lavado peritoneal terapéutico SOD+7142, con diagnóstico preoperatorio principal de peritonitis no especificada y diagnóstico relacionado de trastorno diverticular del intestino grueso con perforación y absceso (F 245 de 526 C.P.). En la descripción operatoria se consigna apendicectomía, resección del sigmoide y se difiere conducta de colostomía versus anastomosis, confirmándose el diagnóstico principal y el relacionado por la doctora VIVIAN PIEDAD CATAÑO GARCÍA, quien llevó a cabo el procedimiento quirúrgico (F 246 de 526 C.P.), y se deja con abdomen abierto para segundo tiempo quirúrgico como se indica en los datos subjetivos, dejándose con bolsa de Bogotá, (F 247 de 526 C.P.), siendo tal intervención quirúrgica la única realizada por la doctora CATAÑO GARCÍA.
8. El 6 de agosto el paciente fue sometido a una cirugía de lavado de cavidad y colostomía, sin complicaciones y cargo del cirujano general PEDRO MANUEL HURTADO ROJAS (F 257 de 546 C.P.).
9. En la historia clínica del 10 de agosto del 2013, en el acápite de análisis se consignó que el paciente aún tenía edema de asas por lo que no se considera aun llevar a tercer tiempo quirúrgico (F 262 de 526 C.P.).
10. El 13 de agosto de 2013 el paciente es llevado a quirófano para practicarle cirugía de colgajo local de piel compuesto de vecindad entre cinco a diez centímetros cuadrados por parte del cirujano general JOSÉ MAURICIO LONDOÑO AGUDELO (F 265 de 526 C.P.). En la descripción operatoria se consignó que se tallaron colgajos laterales de piel y se cerró la misma con prolene 1 separados (cierre de cavidad abdominal) (F 266 de 526 C.P.).
11. Posteriormente, el 16 de agosto se le dio salida al paciente por el doctor Diego Alberto Penilla Arana, con incapacidad, con cita de control en dos semanas, con recomendaciones y signos de alerta (F 269 de 526 C.P.). Ese

- mismo día se le hizo entrega al paciente de insumos para su cuidado en casa, conformado por barrera placa stomahesive y bolsa drenable ostomía.
12. El 5 de septiembre de 2013 el paciente acudió a cita de control por cirugía, donde fue atendido por el doctor Alberto Kabalan Racheo, quien observó la herida quirúrgica "bien", colostomía funcionante y ausencia de dolor, por lo cual consideró manejo por su EPS y extensión de la incapacidad por un mes (F 289 de 526 C.P.).
 13. Luego de la primera cita de control, como se refleja en la historia clínica en los folios inmediatamente posteriores, fue atendido en varias citas de control por medicina general donde se le extienden las incapacidades por treinta (30) días y se le da orden para valoración por cirugía general para cierre de colostomía cirugía donde se le ordena kit de ostomía. Luego, el 30 de diciembre del 2013 fue atendida en consulta de cirugía general por la doctora Beatriz Merino, quien solicitó exámenes para definir la extensión de la diverticulosis y definir posibilidad de cierre de colostomía al completar unos ocho (8) meses de la cirugía inicial. Además, diligenció CTC para barrera, bolsa y kit de ostomía y, prorrogó la incapacidad del paciente por treinta (3) días más (F 301 de 256 C.P.).
 14. Como se refleja en la historia clínica aportada con la demanda en formato digitalizado, el paciente asistió a varias citas de control con medicina general en el primer semestre del año 2014, donde le fue extendida su incapacidad, se ordenó barrera, bolsa y kit de ostomía. Asimismo, le fueron practicados los exámenes ordenados por la doctora Beatriz Merino el 30 de diciembre de 2013. Luego de esas consultas, acudió a consulta de cirugía general el 21 de junio de 2014, con el doctor Juan Sebastián Martínez, quien luego de valorarlo lo programó para cierre de colostomía y eventorraxia (pág. 15 de 48 historia clínica).
 15. Luego de varias citas de control con medicina general posteriores, el 9 de octubre del año 2014 fue valorado en consulta preoperatoria de cierre de colostomía con medicina interna, ordenando exámenes preoperatorios (pág. 37 de 48 H.C.).
 16. Después de múltiples citas de control por medicina general, el paciente ingresó a cirugía general para cierre de colostomía y colocación de malla el 24 de marzo del 2015 por cirugía general, a cargo del doctor Andrés Fernando Domínguez Calero, consignándose en los hallazgos previos al procedimiento colostomía sana productiva, cicatriz de laparotomía sin evidencia de fístulas, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, refiriendo el paciente encontrarse en buenas condiciones según generales según datos subjetivos (pág. 33 de 1226 H.C.). Asimismo, en el análisis se consignaron las siguientes notas que dan cuenta del consentimiento informado: *"Se explica al paciente el procedimiento, la necesidad de realizarlo y las posibles complicaciones: Sangrado, infección, reintervenciones, abdomen abierto, necesidad de nueva colostomía - ileostomía, fístulas, colecciones intraabdominales, dehiscencia de suturas, peritonitis, resecciones intestinales, anastomosis intestinales, injuria de órganos intraabdominales, muerte El paciente refiere entender y aceptar el procedimiento, por lo que se firma el consentimiento informado y se traslada a quirófanos para este fin."* (pág. 34 de 1226 H.C.)
 17. El 24 de marzo de 2015 es llevado a cirugía para cierre de colostomía. Luego de permanecer en unidad de cuidados intermedios posoperatoria, el paciente es trasladado a piso el 26 de marzo de 2015 con la siguiente nota en el análisis: *"PACIENTE CON POP DE EVENTORRAXIA + CIERRE DE COLOSTOMIA, CON PATRON RESPIRATORIO SUPERFICIAL Y RESTRICTIVO. DOLOR SEVERO CON ANALGESIA A BASE DE OPIOIDES. RIESGO ALTO DE FILTRACION POR TIPO PREVIO DE COLOSTOMIA Y ENTERORRAXIAS. INICIO DE DIETA LIQUIDA LEV 50 CC HORA. TRASLADO A PISO"* (pág. 44 de 1226 H.C.)
 18. El 30 de marzo de 2015 el paciente fue revisado por la cirujana general María Elena Velásquez Acosta, quien luego de analizar al paciente consideró lo siguiente: *"Paciente con alta sospecha de fistula de colon. Requiere cirugía urgente. Se le explica al paciente quien entiende y acepta. Paciente requiere cirugía. Se explican riesgos como: Sangrado, infección, hematoma, lesión vascular"*

o nerviosa, lesión de víscera hueca o sólida, fistula, reintervención, hernia incisional, trastornos de cicatrización, muerte. Paciente entiende y acepta" (pág. 62 de 1226 H.C.), razón por la cual se llevó a quirófano para ser intervenido por peritonitis aguda, encontrando los siguientes hallazgos: "Peritonitis fecal y purulenta 3Lt. Malla completamente contaminada Anastomosis de intestino delgado a intestino delgado a 160cm y a 200cm del angulo de treitz indemnes. Anastomosis de colon descendente a recto completamente deshiscente con filtracion de materia fecal abundante." (pág. 63 de 1226 H.C.). Ese mismo día a las 23:36, la cirujana general consignó la siguiente nota en el análisis: "PACIENTE EN SU 6ta DECADA DE LA VIDA CON IMPRESION DIAGNOSTICA ANOTADA, EN SU POP INMEDIATO DE PERITONITIS GENERALIZADA FECAL Y PURULENTA CON CONTAMINACION DE MALLA DE EVENTRORRAFIA. SE RETIRA LA MALLA Y SE HACE LAVADO POR CIRUGIA, ADEMAS SE DEJA SISTEMA VAC CON DERIVACION DE COLOSTOMIA. EN CIRUGIA SE TOMAN CULTIVOS. INICIO CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO, AUMENTO APORTE DE CRISTALOIDES Y OPTIMIZO MANEJO ANALGESICO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL. ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION" (pág. 65 de 1226 H.C.).

19. El 31 de marzo el médico internista Cristyan Beltrán López, consignó en la historia clínica en el acápite de análisis lo siguiente: "PACIENTE CON SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL CON PERITONITIS Y CON REQUERIMIENTO DE NUEVA INTERVENCION EN 24 A 48 HORAS. AUN CON ALTOS PRODUCIDOS POR SONDAS DE DRENAJE Y DISTENSION ABDOMINAL" (pág. 71 de 1226 H.C.).
20. El primero de abril del 2015 ingresó nuevamente el paciente al quirófano para realizarle drenaje por peritonitis generalizada, nuevo cierre de disrupción posoperatoria de pared abdominal (evisceración), lavado peritoneal terapéutico y desbridamiento escisional por lesión superficial, con los siguientes hallazgos: "Peritonitis residual en los 4 cuadrantes, adherencias laxas interasa Adherencias de espuma de sistema Vac a intestino delgado que se separan con abundante agua sin evidenciar presencia de despulmientos de serosa ni de fistulas asociadas Se observa segmento de intestino delgado isquémico de aproximadamente 5cm de longitud el que se deja in situ para revisión en próximo lavado Anastomosis intestinales indemnes Colostomía con edema de mucosa, vital, con adecuada irrigación" (pág. 73 de 1226 H.C.).
21. El 4 de abril vuelve a ser reintervenido el paciente por cirugía general, doctor Jorge Mario Almenares Maestre, para reintervención de anastomosis intestinal y drenaje de peritonitis generalizada, correspondiente a una cirugía profiláctica (pág. 91 de 1226 H.C.). Luego en el análisis del 5 de abril se consignó lo siguiente: "PACIENTE CON SEPSIS SEVERA DE ORIGEN ABDOMINAL CON ABDOMEN ABIERTO QUIEN EN POP MEDIATO DE LAVADO PERITONEAL 04/04/2015, DONDE SE LE ENCONTRO PERITONITIS FECAL POR DEHISCENCIA DE SUTURA DEL MUÑON DISTAL. ACTUALMENTE CON BUENA EVOLUCION CLINICA SE CONTINUA MANEJO MEDICO Y VIGILANCIA CLINICA." (pág.96 de 1226 H.C.). Y en el análisis del 6 de abril se anotó lo siguiente: "PARACLINICOS: Hb 8.1 GB 9860 N 78% PLT 295.000 POTASIO 3.3 Ph 7.39 PO2 82 PCO2 36 HCO3 21.7 BE -2.7 SAT 95% // CON MODULACION DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA Y RESPUESTA CLINICA FAVORABLE. SE AISLA E. COLI SENSIBLE DE CAVIDAD ABDOMINAL Y DE TEJIDO POR LO QUE SE DECIDE DE ESCALAR TERAPIA ANTIBIOTICA Y CONTINUAR COM AMPICILINA / SULBACTAM. PENDIENTE LLEVAR A REVISION POR CIRUGIA" (pág. 99 de 1226 H.C.).
22. Nuevamente es llevado a cirugía el 7 de abril por peritonitis no especificada, a cargo del médico cirujano Andrés Fernando Domínguez Calero, quien consignó los siguientes hallazgos: "Peritonitis residual a nivel de goteras parietocólicas e hipogastrio Presencia de líquido de características intestinales Presencia de 2 fistulas de intestino delgado de aspecto puntiformes, **dado el bloqueo de cavidad es difícil determinar el segmento intestinal en el que se localizan estas fistulas Cavidad bloqueada en un 70%**" (pág. 104 de 1226 H.C.). (resalto y negrillas fuera de texto)
23. El 9 de abril de 2015 nuevamente es ingresado a quirófano por cirugía general a cargo del médico cirujano Jorge Alexander Solarte Henao para drenaje de peritonitis generalizada, lavado peritoneal terapéutico y nuevo cierre de disrupción posoperatoria de pared abdominal (evisceración), con diagnóstico principal de peritonitis no especificada y diagnóstico relacionado de fístula del intestino, con los siguientes hallazgos:
"Fístulas encontradas en procedimiento previo cerradas
Aparición de 2 nuevas fístulas de intestino delgado puntiformes

- Escaso líquido intestinal en cavidad
Cavidad bloqueada en un 70%
Colostomía sana y bien perfundida"* (pág. 113 de 1226 H.C.)
24. Para el 11 de abril del 2015, el médico cirujano Alexander Solarte Henao, en el análisis del paciente anotó lo siguiente: *"PACIENTE CON FISTULA DE ALTO GASTO. PREOCUPA DIURESIS ALTA CON PERIDAD POR FISTULA ALTA QUE PUEDEN LLEVAR A FALLA RENAL AGUDA Y DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO SEVERO. TAMBIEN A DESNUTRICION AGUDA. DEBE CONTINUAR IGUAL MANEJO. REQUIERE NUEVO LAVADO QUIRURGICO. SE COMENTARÁ CON GRUPO DE CIRUGIA."* (pág. 125 de 1226 H.C.)
25. El 12 de abril del 2015, el anestesiólogo Gustavo Adolfo Cruz Suárez al analizar al paciente conceptuó lo siguiente: *"PACIENTE FILTRANDO MATERIAL FECALOIDE, TIENE PENDIENTE SER LLEVADO A CIRUGIA DE MAENRA URGENTE, CIRUJANO ENTERADO DEL CASO, QUIROFANOS ENTERADOS DEL CASO, SE AISLÓ CULTIVO CON E. COLI BLEE + POR LO CUAL SE DECIDE ESCALONAR TRATAMIENTO ATB, POR HGB 7,3 + PENDIENTE CIRUGIA SE DECIDE TRNSFUNDIR 1 UGRE. PACIENTE CON PRONOSTICO RESERVADO, DADO LA COMPLEJIDAD DE SU PATOLOGIA ABDOMINAL, CON FISTULAS Y AHORA FILTRANDO, ALTA PROBABILIDAD DE PROGRESIÒN DE SU ESTADO INFECCIOSO Y CON ESTO, DISFUNCIÒN MULTIORGÁNICA, LO QUE AUMENTA LA TASA DE MORTALIDAD, FAMILIA ENTERADA DE LA SITUACIÓN."* Como plan de manejo determinó que debía hacerse un manejo conjunto con infectología, cirugía general y unidad de cuidado intensivo. (pág. 128 de 1226 H.C.)
26. Ese mismo día el paciente fue nuevamente ingresado a quirófano a las 23:30 para reintervención para drenaje de peritonitis, lavado peritoneal terapéutico y nuevo cierre de disrupción postoperatoria de pared abdominal, encontrando los siguientes hallazgos:
*"abdomen abierto con sistema vacuum disfuncional
peritonitis generalizada con liquido intestinal espeso sobre bloque de asas intestinales y en pelvis, también debajo de colgajos cutáneo.
colostomía normal.
cavidad bloqueada en un 80%.
bloque de asas intestinales no se logra apreciar salida de líquido intestinal.
al parecer fistulas se cerraron espontáneamente."* (pág. 131 de 1226 H.C.)
27. Nuevamente el 17 de abril del 2015 es reintervenido el paciente para adelantar el mismo procedimiento realizado al 12 de abril encontrándose los siguientes hallazgos:
*"Presencia de 3 orificios fistulosos en cavidad
Escaso líquido intestinal libre en cavidad
Abdomen bloqueado en un 80%"* (pág. 151 de 1226 H.C.)
28. El 21 de abril de 2015 vuelve a ser intervenido quirúrgicamente el paciente para reintervención para drenaje de peritonitis, lavado peritoneal terapéutico y nuevo cierre de disrupción postoperatoria de pared abdominal, encontrando los siguientes hallazgos:
*"Cavidad bloqueada en un 90%
Presencia de 2 fistulas intestinales de más de 5mm y 3 de 2mm
Líquido de características intestinales en moderada cantidad"* (pág. 170 de 1226 H.C.)
29. El 24 de abril de 2015 la cirujana general de turno propuso en su análisis que el paciente requería un manejo interdisciplinario experto en falla intestinal por la complejidad y largo manejo del mismo (pág. 180 de 1226 H.C.).
30. Posteriormente el paciente es llevado reiteradamente al quirófano para la realización de idéntico procedimiento profiláctico como se indica en la historia clínica y también se decide realizar manejo multidisciplinario en fístulas (pág. 199 de 1226 H.C.), ingresando a cirugía el 28 de abril (pág. 197 de 1226 H.C.), el primero de mayo (211 de 1226 H.C.), el 8 de mayo (243 de 1226 H.C.), el 11 de mayo (255 de 1226 H.C.). En esta última intervención se halló un bloqueo total de asas intestinales y cinco (5) fístulas

enteroatmosféricas. Luego es intervenido el 16 de mayo (276 de 1226 H.C.), donde se identifica cavidad peritoneal bloqueada. Vuelve a ser intervenido quirúrgicamente el 19 de mayo (291 de 1226 H.C.), hallándose abdomen congelado y bloqueado al 100%.

31. El 25 de mayo de 2015 el paciente es trasladado de la unidad de cuidados intermedios a piso por mejoría (311 de 1226 H.C.).
32. El 11 de junio se ordenó egreso del paciente con el siguiente plan de manejo: *"SALIDA CON HOME CARE, INDICACIONES RECOMENDACIONES, INCAPACIDAD MEDICA 30 DIAS, DIETA ORDENADA POR NUTRICIONISTA, SEGUIMIENTO POR NUTRICION, ORDEN DE CURACIONES PARA TERAPIA ENTEROSTOMAL, ORDEN PARA BOLSAS DE COLOSTOMIA Y SISTEMA DE BARRERA DUODERM"* (348 de 1226 H.C.).
33. El 21 de junio de 2015 ingresó el paciente a urgencias de la CLÍNICA VERSALLES S.A., por fiebre, emesis múltiple, cefalea y escalofrío (701 de 1226 H.C.), ante lo cual se decide dejarlo hospitalizado en piso.
34. El 23 de junio de 2015 ingresa a unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de insuficiencia renal aguda no especificada (710 de 1226 H.C.). Luego ante mejoría es trasladado a piso el 25 de junio de 2015 (720 de 1226 H.C.).
35. El 7 de julio los urocultivos muestran la presencia de la bacteria *Escherichia coli*, cursando infección de vías urinarias, para lo cual se había iniciado tratamiento con cefalosporina de tercera generación, solicitándose valoración por infectología (743 de 1226 H.C.).
36. El 15 de julio de 2015 se ordena salida del paciente con home care, tratamiento con antibiótico ertapenem, ante mejoría (759 de 1226 H.C.).
37. El 22 de julio regresa el paciente a urgencias de la CLÍNICA VERSALLES por cuadro de 24 horas de evolución por de emesis, malestar general, inapetencia y mareo (821 de 1226 H.C.).
38. El 24 de julio es valorado el paciente por cirugía general considerando diagnóstico de fístula intestinal de alto gasto y falla renal prerrenal (828 de 1226 H.C.). Ese mismo día por medicina interna se ordena traslado del paciente a UCIN (829 de 1226 H.C.), considerando alta probabilidad de lesión renal permanente, el paciente también padece de desequilibrio hidroelectrolítico.
39. El 30 de julio de 2015 por medicina interna se determina que el paciente tiene pico febril, con alto riesgo de enfermedad nosocomial por estancias hospitalarias prolongadas, se ordenan antipiréticos en dosis únicas y hemocultivos (852 de 1226 H.C.).
40. El 6 de agosto se indican resultados negativos de hemocultivos, sin presencia de picos febriles, buena evolución médica y se solicitan paraclínicos de control (864 de 1226 H.C.).
41. El 11 de agosto en valoración por cirugía general se decide remitir al paciente a unidad de cuidados intensivos por sepsis severa, signos de SIRS, se decide iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro (meropenem y vancomicina) (886 de 1226 H.C.).
42. El 12 de agosto en valoración por cirugía general se indica que el paciente persiste con SIRS, evolución tórpida, anemia severa y falla renal aguda, se ordena suspender meropenem y se continúa con caspofungina por alto riesgo de IFI (893 de 1226 H.C.).
43. El 13 de agosto en valoración por medicina interna se conceptúa lo siguiente:
"PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS, PRONOSTICO RESERVADO, REINGRESADO A UCIN POR PRESENCIA DE BACTEREMIA CON SIRS ACTIVO POR E. AUREUS, AL PARECER PUNTA DE CATETER, ESTA PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO. ANTE DICHO HALLAZGOS AHORA CON RIGDEZ DE NUCA, FOCALIZACION NEUROLOGICA, FIEBRE, MAS BACTERIEMIA ES NECESARIO DESCATAR NEURIFECCION MENINGITIS VS MENINGOENCEFALITIS.

SIN EMBARGO NO SE PUEDE DESCATAR ESTADO DE MENINGISMO, POR SU CONDICION DE BASE.

SE TOMARAN ESTUDIOS DE LCR

SE MODIFICA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PARA CUBRIMIENTO DE FOCO MENINGEO, MEROPENEM + VANCOMICINA, AVALADO POR INFECTOLOGIA." (899 de 1226)

44. El 14 de agosto se suspende vancomicina por tratarse de SAMS y se continúa manejo con carbapenem y cefalosporina de cuarta generación en dosis que aseguren penetración a SNC (903 de 1226 H.C.).
45. El 15 de agosto se reporta evolución satisfactoria del paciente, sin más picos febriles, sin SIRS, continuando manejo antibiótico y vigilancia instaurada (909 de 1226 H.C.).
46. El 17 de agosto el paciente reporta SIRS activo y producción alta por fístulas. Se ordena vigilar de forma estrecha por alto riesgo de desequilibrio hidrolítico, falla renal aguda y deterioro neurológico.
47. El 24 de 2015 medicina interna considera que el pronóstico del paciente es reservado por fístulas de alto gasto de difícil manejo, falla intestinal, deterioro calórico, con soporte nutricional alto, con manejo médico con antibióticos, ordenando continuar con vigilancia estrecha (944 de 1226 H.C.).
48. El 25 de agosto de 2015, en valoración por cirugía general se conceptúa lo siguiente:
"PACIENTE CON DIAGNOSTICOS ANOTADOS CON FISTULAS INTESTINALES, EN EL MOMENTO SUPERANDO SEPSIS ASOCIADO A CATETER, UNA VEZ SUPERADO ESTE EVENTO SE SOLICITARAN PRUEBAS DE PERFIL NUTRICIONAL CON EL OBJETIVO DE EVALUAR LA POSIBILIDAD DE INTERVENCION QUIRURGICA Y LLEVAR A CIERRE DE FISTULAS Y SI ES POSIBLE CIERRE DE COLOSTOMIA" (947 de 1226 H.C.).
49. El 29 de agosto de 2015 se registra por medicina interna en el análisis, resultados de cocos GRAM+ en tres hemocultivos y alto riesgo de germen multirresistente por lo que se iniciaría con vancomicina, además presenta hemoglobina baja. También presente fístulas de alto gasto no resueltas, en trabajo de orientación y manejo de las mismas (960 de 1226 H.C.).
50. Al día siguiente se consideró por cirugía general que a pesar de que existía riesgo de que se tratara de un germen meticínico resistente se debía considerar la opción de que fuere sensible, por lo que se dejaría al paciente con betalactámico por existir evidencia de disminución de mortalidad cuando se maneja el germen identificado de esa manera (966 de 1226 H.C.).
51. El 8 de septiembre de 2015 por cirugía general se registró en el análisis que se informó al paciente su condición clínica, el manejo que se le ha dado con mejor intención para que mejore, la necesidad de ser valorado en conjunto con el grupo de cirujanos de la clínica para que una vez fuera establecido su perfil nutricional se determinara el mejor momento para realizarle una anastomosis y la posibilidad del cierre de la colostomía, por tratarse de una cirugía muy compleja debido a sus múltiples complicaciones (1000 de 1226 H.C.).
52. El 9 de septiembre el paciente presentó fiebre con temperaturas hasta 40°C y se decide iniciar tratamiento antibiótico con meropenem y vancomicina por alto riesgo de presentar una infección meticilinorresistentes (1006 de 1226 H.C.).
53. El 11 de septiembre de 2015 se informa por medicina interna que el paciente padece nueva bacteremia por germen pan resistente, sin SIRS activo por lo que se comentará con infectología. Debido a sus lesiones todavía no es candidato a cirugía para corrección de fístula (1016 de 1226 H.C.). Ante la resistencia del germen le son reemplazados los antibióticos meropenem y vancomicina por polimixina y doripenem (1018 de 1226 H.C.).
54. El 16 de septiembre de 2015 por medicina general se informa en el análisis que el paciente presenta fístula compleja con bacteremia (1995 de 3881 H.C.). Asimismo, se dice que el paciente tiene pronóstico ominoso con altas

probabilidades de fallecimiento y que debe ser tratado en una institución especializada en manejo de ese tipo de fístulas y donde exista un grupo de soporte nutricional (2001 de 3881 H.C.).

55. El 25 de septiembre de 2015 se llevó a cabo junta médico quirúrgica en la CLÍNICA VERSALLES para analizar la posibilidad de llevar al paciente a cirugía para cerrar su fístula, con la participación de dos especialistas en fístulas enterocutáneas, dos cirujanos generales, un médico intensivista y una nutricionista, quienes consideraron el riesgo de sepsis asociada al catéter por la nutrición parenteral por estancia prolongada, para lo cual se decide asignar personal de enfermería con entrenamiento y técnica adecuada para ello (2042-2043 de 3881 H.C.).
56. El 3 de octubre el paciente registró desmejoría en su condición de salud relacionada con un SIRS por contaminación bacteriana y fúngica, por lo que medicina general registró el siguiente análisis:
*"PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO, VENIA FINALIZANDO TRATAMIENTO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO PARA GERMEN KPC CUANDO PRESENTA INICIO DE SIRS, SE CUBRIO PARA HONGOS CON CASPOFUNGINA Y SE INICIO NUEVAMENTE ANTIBIOTICOTERAPIA CON MEROPENEM Y VANCOMICINA HASTA CONOCER REPORTE DE CULTIVOS. AHORA EN SIRS ACTIVO, CON FALLA RENAL AGUDA Y SOSPECHA DE SEPSIS DE ORIGEN PULMONAR. CONTINUARA CON VMNI POR TURNO Y ESTAMOS A LA ESPERA DE TAC DE TORAX REALIZADO HASTA LA NOCHE POR CONDICION INFECCIOSA QUE OBLIGA A TOMAR MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN EL TOMOGRAFO.
DE MOMENTO NO SE HARAN CAMBIOS
SS PARACLINICOS DE CONTROL"* (2087 de 3881 H.C.).
57. Los cultivos realizados en la sangre del paciente mostraban el 6 de octubre de 2015 la presencia del hongo *Candida tropicalis* sensible al antifúngico fluconazol, se continúa tratamiento con antibiótico y antimicótico (2019 de 3881 H.C.).
58. El 10 de octubre de 2015 por cirugía general se consignó en el análisis pronóstico reservado respecto a la salud del paciente, por mala evolución desde el punto de vista respiratorio e infeccioso, con gasto energético elevado, compromiso pulmonar extenso, episodio de bacteremia el día anterior, reajustándose antibiótico terapia de amplio espectro según cultivos previos y nuevos, ordenando aplicación de antibióticos doripenem, polimixida, vancomicina y anfortercina B (2137 de 3881 H.C.).
59. El 14 de octubre de 2015 por cirugía general se consigna en el análisis que el paciente presenta choque séptico y síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), en manejo con antibióticos de amplio espectro sin adecuada respuesta, por lo que presenta alto riesgo de muerte (2165 de 3881 H.C.).
60. El 27 de octubre del 2015 el estado de salud del paciente empeora gravemente lo cual conlleva a su muerte a las 13:39, conforme se describe en el análisis de la historia clínica por medicina interna:
"PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO EN CONTEXTO SEPSIS SEVERA, SHOCK SEPTICO REFRACTARIO HIPOXEMICO QUIEN HA RECIBIDO SOPORTE MULTIDISCIPLINARIO CON NUTRICION, CIRUGIA GRAL, CUIDADOS INTENSIVOS, TERAPIA OCUPACIONAL. DESDE HACE 3 DIAS EMPEORAMIENTO HEMODINAMICO, RESPIRATORIO SEVERO, CON SIGNOS DE DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE DESDE EL DIA DE AYER , A PESAR DE CONTAR CON ADECUADA TERAPIA ANTIBIOTICA NO HA PRESENTADO ADECUADA EVOLUCION CLINICA SE HA EVIDENCIADO EMPEORAMIENTO PARACLINICO EN LAS ULTIMAS 4 HORAS CONTROLES CONTINUOS EN LA MAÑANA QUE PONEN A AL PACIENTE CON RESULTADOS INCOMPATIBLES PARA LA VIDA YA EN PUNTO DE NO RETORNO ." (2239 de 3881 H.C.).

6.1.2. Hechos relevantes probados mediante los dictámenes periciales practicados sobre la historia clínica del señor LUIS GUILLERMO PTES CÓRDOBA, los cuales no fueron objeto de refutación.

6.1.2.1. Dentro del presente proceso fueron presentados cuatro (4) dictámenes periciales, así: a) dictamen aportado por el demandado, IVANILICH GÓMEZ

SANJUAN, suscrito por el doctor Harold Padilla Ramírez¹, cirujano general y endoscopista gastrointestinal, con más de veinticinco (25) años de experiencia acreditada en el campo de su especialidad médica; b) dictamen pericial aportado por la demandada, VIVIAN CATAÑO GARCIA, suscrito por el doctor Luis Alberto Olave Asprilla², cirujano general, graduado como tal en el 5 de junio del año 2009, con más de diez (10) años de experiencia en el campo de su especialidad médica; c) dictamen pericial aportado por CLÍNICA VERSALLES S.A., suscrito por el doctor Henry Francisco Baptiste Castillo, médico cirujano general, graduado en el año 2000, con más de veinte años de experiencia en su especialidad médica³ y; d) dictamen presentado en cumplimiento de la orden oficiosa proferida por el juzgador en ejercicio de la distribución de la carga dinámica de la prueba, aportado por CLÍNICA VERSALLES S.A., suscrito por el doctor HECTOR HELÍ CORRAL PRADO, médico internista, con maestría en microbiología con énfasis en enfermedades infecto-contagiosas, destinado a demostrar las causas de la infección nosocomial, también conocidas como IAAS (infecciones asociadas a la atención en salud), su relación con la muerte del paciente y las acciones desplegadas por la IPS para evitar y eliminar el contagio del paciente. Todos los peritos respondieron a un interrogatorio formulado por el apoderado judicial del mencionado demandado, excepto el perito infectólogo, quien respondió un interrogatorio formulado por el juzgador, los cuales fueron objeto de contradicción durante la audiencia de instrucción y juzgamiento, habiendo respondido con claridad, suficiencia, exhaustividad, precisión y calidad cada una de las preguntas formuladas, con sustento en la historia clínica del paciente analizado, en literatura científica -que se cita y aporta con los dictámenes- y en su propia experiencia profesional, siendo coherentes sus respuestas con el sustento fáctico que reposa en la historia clínica, por lo cual serán tenidos como válidos, acorde con los criterios de valoración, y apreciación del dictamen pericial relacionados en los artículos 226 y 232 del C.G.P., y como tal como fuente de certeza fáctica.

61. De acuerdo a este dictamen pericial, el paciente nunca padeció apendicitis, sino una enfermedad diverticular (diverticulitis) del colon complicada con la inflamación, perforación del colon y peritonitis aguda.
62. Que el estadio clínico que se observó en el paciente en la atención inicial de urgencias a cargo del doctor IVANILICH GÓMEZ SANJUAN, era incompatible con abdomen agudo-quirúrgico.
63. Conforme a las conclusiones del dictamen, la atención brindada en urgencias de la CLÍNICA VERSALLES por el doctor IVANILICH GÓMEZ SANJUAN al señor POTES CÓRDOBA el 2 de agosto de 2013, fue diligente, prudente, oportuna, idónea, acorde con los datos clínicos del paciente, dado que no existían signos, síntomas, ni antecedentes previos que permitieran inferir que el paciente estaba en una situación de urgencia quirúrgica.
64. Respecto a la intervención quirúrgica realizada por la doctora VIVIAN CATAÑO GARCÍA, la misma fue oportuna, idónea y adecuada, teniendo en cuenta que lego de pasados dos días de la atención inicial en urgencias del paciente su condición era distinta, por lo que conforme a las guías y protocolos médicos preestablecidos, teniendo en cuenta la clasificación Hinchey IV de la diverticulitis padecida por el paciente, por tratarse de una diverticulitis perforada con peritonitis fecal, dejando el abdomen abierto para un segundo tiempo quirúrgico, como lo corroboran los dictámenes periciales realizados por los médicos cirujanos generales Luis Alberto Olave Asprilla y Henry Baptiste, los cuales dan cuenta de la adecuada intervención de urgencias (cirugía de control de daños en concepto del doctor Olave y

¹ Archivo 17DictamenPericial Ivalich.pdf

² Archivo 03Cuaderno1A.pdf folios 86-90.

³ Archivo 03Cuaderno1A.pdf folios 235-243.

cirugía abdominal abreviada n concepto del doctor Baptiste) realizada por la galena mediante una única intervención, con la única finalidad de salvar la vida del paciente, finalidad que efectivamente se logró, quedando a cargo de otros facultativos las intervenciones posteriores a las que fue sometido el paciente. Ambos peritos ratificaron sus conclusiones durante la sustentación en audiencia de sus respectivos dictámenes periciales.

65. Conforme a las conclusiones del doctor Henry Baptiste, al paciente en sus distintas hospitalizaciones y eventos, se le prestó al paciente atención médica multidisciplinar acorde a sus necesidades, sin que se hayan presentado errores que incidieran en el resultado final, sin que el hecho de que difiriera el cierre de la colostomía determinara el curso desafortunado de la enfermedad del paciente, dado que ello no depende de una regla rígida sino de múltiples factores, no sólo médicos sino también particulares de cada paciente asociados a su edad, a sus antecedentes quirúrgicos previos (fue sometido a una herniorrafia en el año 2006), su estado nutricional y su condición de salud, entre otros.
66. Por otro lado, el doctor HECTOR HELÍ CORRAL PRADO, luego de un estudio detallado del caso y de las tasas de IAAS de la CLÍNICA VERSALLES S.A., determinó el origen multifactorial de las infecciones que afectaron la salud del paciente, relacionadas con su propia microbiota intestinal y la microbiota intrahospitalaria, inevitable aun bajo flujo laminar en salas de operaciones, que aun siendo las IAAS un riesgo inherente a las estancias hospitalarias prolongadas, como la observada por el paciente, la IPS aplicó adecuadamente el protocolo de asepsia y antisepsia dispuesto para la época los hechos (años 2013 a 2015), pero aun así no es posible erradicar en un 100% de infecciones intrahospitalarias, afirmando en la sustentación del dictamen realizada en audiencia que es imposible esterilizar totalmente el área quirúrgica y que después de tres días de hospitalización el paciente comienza a ser colonizado por la micribiota que habita en el ambiente hospitalario.
67. También determinó el perito infectólogo, que la colostomía es una cirugía contaminada y sucia, en la cual se usan procedimientos de descontaminación del área quirúrgica, adicionando terapia antimicrobiana profiláctica de acuerdo a estándares nacionales e internacionales, haciendo imposible la previsión y la prevención como un todo, ante un riesgo que es inherente al procedimiento.
68. De acuerdo al dictamen de infectología, al paciente le aplicaron los tratamientos antimicrobianos acordes a su condición de infección, ajustando la terapia a los patrones de sensibilidad y resistencia de los gérmenes aislados y reportados por el laboratorio clínico.
69. La historia clínica da cuenta de la presencia de gérmenes multirresistentes y pan resistentes que fueron oportunamente identificados y atacados con múltiples tratamientos acordados de forma interdisciplinaria como se indica a lo largo de la historia clínica del paciente.

6.2 Recuento normativo, jurisprudencial y doctrinario aplicable al caso.

Para dar inicio al análisis normativo a realizar dentro del caso objeto de estudio se partirá por definir de manera amplia el marco normativo aplicable, el cual está consagrado en los artículos 1613 y 2341 del Código Civil, que definen la Responsabilidad Civil Contractual y la Responsabilidad Civil Extracontractual respectivamente, la Ley 23 de 1981 y el Decreto 3380 de 1981 por la cual se dictan normas de ética médica, el Decreto 1995 de 1999, que establece las normas para el manejo de la historia clínica, e Decreto 1011 de 2006 sobre la Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 1122 de 2007 que trata sobre el aseguramiento en salud y el artículo 104 de

la Ley 1438 de 2011 que considera la relación médico paciente como una obligación de medios.

Dicho lo anterior, en el presente caso se hará especial énfasis en el error de diagnóstico, en el error de tratamiento, el riesgo inherente y la jurisprudencia reciente sobre enfermedades nosocomiales, todo ello dentro de los límites de la responsabilidad médica en relación con los riesgos inherentes a la realización de ciertos tratamientos, para luego hacer un análisis aplicado al caso objeto de estudio y decisión.

6.2.2. Límites de la responsabilidad médica en relación con los riesgos inherentes a la realización de ciertos tratamientos, frente al error de diagnóstico y/o de procedimiento.

Tenemos entonces que, la responsabilidad de los médicos por defectuosa prestación del servicio o mala *praxis* médica, tradicionalmente se ha tenido como una obligación de medio y no de resultado por la misma naturaleza social de la profesión, que conlleva al compromiso de poner a favor del paciente toda la diligencia y cuidado de la ciencia médica en procura de la mejoría de la salud (juramento hipocrático), tal como lo consagra la Ley 23 de 1981, en particular su artículo 16 que consagra que la responsabilidad del médico por reacciones adversas inmediatas o tardías producidas por el riesgo del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto, siempre y cuando el médico advierta al paciente, a sus familiares o allegados, como también lo indica el artículo 10 del Decreto 3380 de 1981. En este sentido, será el demandante a quien corresponda probar que el daño ha ocurrido por culpa del médico o de las instituciones encargadas de optimizar y facilitar el servicio.

En cuanto a la responsabilidad civil en que pueden incurrir los médicos por la prestación de sus servicios, se deduce dicha premisa mediante la demostración de la culpa, independientemente de que la pretensión indemnizatoria tenga una causa contractual o extracontractual, lo que indica, en principio que quien sufra un daño por un mal procedimiento médico debe probar la culpa del galeno en su ejecución.

Al respecto, para el tratadista LUIS GUILLERMO SERRANO ESCOBAR, la culpa no ha de determinarse con relación al comportamiento de un ser ideal, sino respecto a los deberes específicos que en una situación en concreto establece el ordenamiento jurídico, por lo que considera que la culpa "*es la violación de un deber preexistente en el ordenamiento jurídico, que nos indica cómo comportarnos en determinadas circunstancias*"⁴. Respecto a la culpa médica el señalado autor considera que "*sería la violación de los deberes objetivos definidos en el ordenamiento jurídico y en la *lex artis*, que exigen al personal sanitario, dependiendo de su especialidad, un cierto comportamiento en relación con unas determinadas condiciones del paciente.*"⁵ Así mismo señala, que el deber médico es actuar con la diligencia propia de su especialidad y obrar conforme a las reglas y métodos propios de su profesión.

Asimismo, según el Informe del Consejo de Servicio Médico: "los servicios médicos o de salud se prestan con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas de conformidad con las normas aceptadas de la medicina general"⁶. Diagnóstico, son los conjuntos de datos que tienen como finalidad la constatación de la naturaleza y trascendencia de la enfermedad que sufre un paciente. El tratamiento médico es *el conjunto de medios de cualquier clase, higiene, farmacológicos, quirúrgicos o físicos, cuya finalidad es la curación o*

4 Luis Guillermo Serrano Escobar, El Régimen Probatorio en la Responsabilidad Médica, 1ª Edición, Ediciones Doctrina y Ley LTDA, pág.5.

⁵ *Ibidem*.

⁶ . Citado por Manuel de Jesús Rojas Salgado, Responsabilidad Civil Médica, 3ra Edición, Librería Jurídica Sánchez R.LTDA , Pág. 36

el alivio de las enfermedades o síntomas cuando se ha llegado a un diagnóstico⁷. A su vez el eminente tratadista Carlos Ignacio Jaramillo J. considera que el "diagnóstico es la etapa encaminada a establecer el cuadro clínico del enfermo, en particular la naturaleza y tipología de la enfermedad o la razón de la problemática que lo aqueja"⁸. A su vez estima que "el propósito del tratamiento es el de erradicar, controlar, atenuar o mitigar la enfermedad o enfermedades padecidas por el paciente hasta donde ello sea viable. Es el producto de una serie de medidas que, según el diagnóstico realizado por el médico (Prius), tiende a conjurar la génesis de los padecimientos que aquejan al paciente. Por ello, es por lo que se encamina a eliminar sus causas con el fin de superar la enfermedad, cuando ello sea posible, se limitará a mitigar los efectos de la dolencia, cuando la curación definitiva no se puede lograr mediante tratamiento alguno (efecto paliativo)".⁹ En el mismo sentido, considera que el tratamiento depende del diagnóstico que se haga, por lo cual estima que la reputación de un médico depende del acierto de sus pronósticos conceptúa un buen diagnóstico conducirá necesariamente a una buena terapéutica, pudiendo suceder lo contrario¹⁰.

Según Sergio Yepes Restrepo en su obra la Responsabilidad Civil Médica¹¹ "El diagnóstico es uno de los actos médicos más importantes de la práctica médica debido a que a partir de éste, el profesional diseña el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la curación o la mejoría en la Salud según las particulares condiciones patológicas del paciente. El diagnóstico que puede iniciarse con una impresión diagnóstica, individual o plural, mientras se descartan otras patologías posibles asociadas, conlleva a que se lleve a un diagnóstico definitivo, para el cual además del examen físico, según las circunstancias, es necesario practicar ayudas diagnósticas."

Respecto a los deberes del médico en relación con su paciente, el artículo 1 de la Ley 23 de 1981 señala que "1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión."

En el mismo sentido, Carlos Ignacio Jaramillo J. define el acto médico como: "un conjunto coordinado de acciones ejecutadas por un profesional de la medicina en el marco del ejercicio de su profesión, con fundamento en sus conocimientos profesionales y experticia técnica, con la inequívoca finalidad de preservar la vida, la salud y la integridad del ser humano, en clara sintonía con la Ley de su arte (Lex

⁷ . Citado por Manuel de Jesús Rojas Salgado, Responsabilidad Civil Médica, 3ra Edición, Librería Jurídica Sánchez R.LTDA , Pág. 72

⁸ La Culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica. Colección ensayos No 11. Segunda reimpresión 2014- Grupo Editorial Ibáñez- Carlos Ignacio Jaramillo Pág. 64

⁹ La Culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica. Colección ensayos No 11. Segunda reimpresión 2014- Grupo Editorial Ibáñez- Carlos Ignacio Jaramillo Págs. 70-71

¹⁰ De la responsabilidad médica. Santiago Editorial Jurídica de Chile – Vicente Acosta, Pág. 276

¹¹ novena edición Pág. 124 Editorial Dike

artis)”.¹² Lo anterior se encuentra intrínsecamente unido a los principios de la bioética de no maleficencia¹³, beneficencia¹⁴, autonomía¹⁵ y justicia¹⁶.

En el campo jurisprudencial la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia¹⁷, ha dicho que: **“Desde el juramento hipocrático, los médicos deben orientar la práctica médica en función de los principios de beneficencia y de no maleficencia o *primun non nocere* del paciente. El primero, dirigido a ayudar de manera positiva a su bienestar; y el segundo, a evitar que su daño físico o síquico se incremente.”**

Respecto a la responsabilidad por el acaecimiento de los denominados riesgos inherentes al acto médico, la Corte ha dicho que. **“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 culposo.**

“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.”

Esta posición jurisprudencial ha sido reiterada en fallos recientes como la sentencia SC917 del 2020.

6.2.3 Naturaleza de la responsabilidad médica en relación con las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) o infecciones nosocomiales

A modo de introducción, sobre la dificultad actual en la prevención y control de infecciones nosocomiales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su documento denominado “Plan de Acción Mundial sobre la Resistencia a los Antimicrobianos”, lanzado en el año 2016, ha considerado la resistencia a los antimicrobianos como “una amenaza a la esencia de la medicina moderna y a la sostenibilidad de una respuesta de salud pública mundial eficaz ante la amenaza persistente de las enfermedades infecciosas.”¹⁸ Para la OMS la “resistencia a los

¹² La Culpa y la carga de la prueba en el campo de la responsabilidad médica. Colección ensayos No 11. Segunda reimpresión 2014- Grupo Editorial Ibáñez- Carlos Ignacio Jaramillo J. Pág. 61.

¹³ Principio de la no maleficencia: Hace referencia a que la actividad médica y la práctica de la investigación biomédica no tendrá en ningún momento la intencionalidad de dañar, perjudicar o afectar la integridad del paciente. – Responsabilidad médica por pérdida de oportunidad: Análisis desde el bioderecho y la gerencia de la salud- Sanchez R Ltda – Brajhan Santiago Obando Obando – Pág. 17-18

¹⁴ Principio de beneficencia: Este postulado se refleja en la praxis y en la ontología y deontología de las ciencias de la salud, refiriéndose a que el bienestar del ser humano es la razón de ser de la evolución científica, con aplicabilidad en la atención sanitaria. – Responsabilidad médica por pérdida de oportunidad: Análisis desde el bioderecho y la gerencia de la salud- Sanchez R Ltda – Brajhan Santiago Obando Obando – Pág. 17-18

¹⁵ Principio de autonomía: Es un principio con una connotación garantista que le reconoce al paciente en el ámbito médico y biomédico la posibilidad de tomar decisiones sobre el tratamiento o los procedimientos que se hacen necesarios para el mejoramiento de su salud, tener en cuenta la expresión del consentimiento de los pacientes se convierte en una figura indispensable para que el curso de la intervención médica sea una respuesta de su mismo titular. – Responsabilidad médica por pérdida de oportunidad: Análisis desde el bioderecho y la gerencia de la salud- Sanchez R Ltda – Brajhan Santiago Obando Obando – Pág. 17-18

¹⁶ Principio de Justicia: La actuación médica debe estar sujeta a las leyes, y la distribución de los recursos sanitarios de pacientes no debe estar regida por situaciones como la discriminación por condiciones de raza, sexo, política, economía, etc. – Responsabilidad médica por pérdida de oportunidad: Análisis desde el bioderecho y la gerencia de la salud- Sanchez R Ltda – Brajhan Santiago Obando Obando – Pág. 17-18

¹⁷ Sentencia SC7110-2017 Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01 de la Sala Civil de La Corte Suprema de Justicia (M.P. LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA).

¹⁸ “La resistencia a los antimicrobianos supone una amenaza a la esencia misma de la medicina moderna y a la sostenibilidad de una respuesta de salud pública mundial eficaz ante la amenaza persistente de las

antibióticos se presenta cuando las bacterias se adaptan y crecen en presencia de antibióticos. La aparición de la resistencia va ligada a la frecuencia de uso de los antibióticos. Dado que muchos antibióticos pertenecen a la misma clase de medicamentos, la resistencia a un agente antibiótico concreto puede llevar a la resistencia a toda una clase conexas. Además, la resistencia que se manifiesta en un organismo o ubicación puede propagarse de forma rápida e impredecible, por ejemplo, mediante el intercambio de material genético entre diferentes bacterias, y puede afectar a la antibioterapia de un amplio número de infecciones y enfermedades. Las bacterias farmacorresistentes pueden circular en poblaciones de seres humanos y animales a través de los alimentos, el agua y el medio ambiente, y en la transmisión influyen el comercio, los viajes, la migración humana y la trashumancia. Puede haber bacterias resistentes en los animales destinados a la alimentación y en los productos alimentarios destinados al consumo humano."

En el escenario nacional el Instituto Nacional de Salud (INS), recogiendo las recomendaciones establecidas en el mencionado plan, ha diseñado distintos protocolos destinados a la prevención, control y vigilancia de brotes de infecciones asociadas a la atención en salud¹⁹, sobre resistencia bacteriana a los antimicrobianos en el ámbito hospitalario²⁰ y también sobre infecciones asociadas a procedimientos médicos quirúrgicos²¹. Para el INS las IAAS son "aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.", infecciones que en muchas ocasiones son producidas por gérmenes multirresistentes que habitan en el sitio quirúrgico u operatorio (ISQ o ISO) y se aíslan con frecuencia en las unidades de cuidados intensivos (UCI), guardando directa relación con largas estancias hospitalarias que aumentan el riesgo de contagio de los pacientes, así como con intervenciones quirúrgicas de urgencia o con cirugías denominadas sucias y contaminadas como la colonoscopia, como también guardan relación con la duración del procedimiento quirúrgico. En ese sentido, para el INS los microorganismos multirresistentes son motivo de gran preocupación por cuanto las infecciones relacionadas con estos gérmenes son causantes de muchas muertes a nivel mundial, pudiendo transmitirse de persona a persona y generando altos costos hospitalarios²².

La Corte Suprema de Justicia mediante reciente sentencia SC-2202 de 2019, consciente del carácter sumamente complejo de la multirresistencia a los tratamientos antimicrobianos de algunos gérmenes y la dificultad para la prevención y control de las infecciones de este tipo en ambientes intrahospitalarios, ha reconocido la obligación de las instituciones de salud de prevenir el contagio con gérmenes en ambientes hospitalarios de los pacientes ahí hospitalizados como una obligación de seguridad de medios y no de resultado, razón por la cual el ente hospitalario debe demostrar haber actuado con la suficiente diligencia y cuidado en la prevención de la contaminación microbiana intrahospitalaria. Por tal razón, ha considerado que: "En el ámbito hospitalario, además de la prestación de los servicios médicos, paramédicos y asistenciales, y además del suministro de medicamentos y

enfermedades infecciosas. Los antimicrobianos eficaces son imprescindibles para las medidas preventivas y curativas, para proteger a los pacientes frente a enfermedades potencialmente mortales y para garantizar que se puedan llevar a cabo procedimientos complejos, como la cirugía y la quimioterapia, con escasos riesgos. Sin embargo, el mal uso y el abuso sistemático de estos fármacos en la medicina y la producción de alimentos han puesto en riesgo a todas las naciones. Hay pocos productos de recambio en fase de investigación y desarrollo. Sin medidas armonizadas e inmediatas a escala mundial avanzamos hacia una era posantibiótica en la que infecciones comunes podrían volver a ser mortales.", página 8,

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255204/9789243509761-spa.pdf;jsessionid=CB0001A56386C79FDF9468B05FD1D9F5?sequence=1>

¹⁹

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Brotes_infecciones_asociadas_atencion_en_salud.pdf

²⁰ https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Resistencia_bacteriana.pdf

²¹

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Infecciones%20Asociadas%20A%20Procedimientos%20M%C3%A9dicos%20Quir%C3%BArgicos.pdf

²² *Ibíd.*

tratamientos pertinentes, de hospedaje especial, etc., que debe prestar la entidad nosocomial, tiene ésta a su cargo la obligación de seguridad de tomar todas las medidas necesarias para que no sufra ningún accidente en el curso o con ocasión del cumplimiento de las prestaciones esenciales que por razón del contrato dicho centro asume" (G.J. T.CLXXX, pág. 421, citada en SC-00 3 de febrero de 1993, rad. n°. 3532).

"Tal obligación supone la implementación y mantenimiento de medidas dirigidas a prevenir accidentes e infecciones, sobre la base de un control estricto acorde con protocolos contentivos de *normas técnicas*, adoptados por el propio centro de salud o exigidos por las autoridades que tienen a su cargo su inspección, vigilancia y control, y que se extienden pero no se limitan a la señalización, transporte adecuado de enfermos, dotación infraestructural apropiada, métodos de limpieza y esterilización, procedimientos de seguridad, desinfección, control de visitas, identificación, idoneidad e inspección en materia de salud del personal, coordinación de tareas con el fin de aminorar errores en procesos, disposición de residuos orgánicos, recintos especializados, entre muchas otras variables. Deberes todos positivos que coadyuvan en el logro de un *non facere*: que el paciente no sufra ningún accidente.

"Todas estas aristas son mucho más relevantes y dignas de que su cumplimiento sea examinado con estrictez, pues, como es suficiente y comúnmente sabido, las bacterias han ganado en resistencia a antibióticos, a resultas de lo cual las infecciones que ellas provocan han multiplicado las muertes por infecciones intrahospitalarias, constituyéndose dicho fenómeno en un grave problema de salud pública."

Desde tal perspectiva, ha considerado la Corte que, si bien tradicionalmente ese tipo de obligaciones han sido consideradas como de resultado, lo cierto es que tal categorización no es absoluta y no puede desconocer el fracaso mundial en el control de los patógenos multirresistentes, "de donde resulta evidente que la aleatoriedad del resultado indeseado de que el paciente adquiera una enfermedad intrahospitalaria constituye un evento que puede escapar al control de la entidad nosocomial."

Por tal razón, la Corte considera como doctrina probable la categorización de la responsabilidad a cargo de las entidades hospitalarias por infecciones nosocomiales como una responsabilidad de seguridad de medios y no de resultados "Es pues, doctrina probable de esta Corporación, entender que la obligación de seguridad a cargo de centros de salud y hospitales, es dable subclasificarla en atención a la aleatoriedad e imposibilidad de controlar factores y riesgos que inciden en los resultados. En principio y de acuerdo con los estándares técnicos y científicos exigibles a la entidad, es de medio la obligación de seguridad a cargo de estos establecimientos de hacer lo que esté a su alcance con miras a que su paciente no adquiera en su recinto enfermedades diferentes de las que lo llevaron a hospitalizarse.

(...)

"Estima la Corte que al ser una obligación de prudencia y diligencia la de seguridad que se viene examinando (evitar que el paciente contraiga infecciones intrahospitalarias), el contenido de la obligación del deudor será entonces el de ser diligente y cuidadoso, el de emplear los medios idóneos de acuerdo con las circunstancias y las normas técnicas y protocolos para tratar de alcanzar el fin común perseguido por las partes, razón por la cual sólo su conducta lo hará responsable o lo exonerará, sin perjuicio de que, por supuesto, pueda demostrar una causa extraña."²³

Visto lo anterior, no cabe ninguna duda en que el procedimiento practicado por el doctor MAURICIO CAYÓN ZULUAGA a la señora GLORIA DARCI ESCOBAR TOBAR, no solo obedeció a un adecuado diagnóstico, sino que también fue realizado con apego a los protocolos médicos y por ende en desarrollo de una buena praxis médica, obedeciendo la evolución desfavorable de la paciente no a la mala realización del procedimiento o a su equivocado diagnóstico, como sí a la propia patología de la paciente y a su grado de severidad de la enfermedad, resultando ser la persistencia del dolor un riesgo inherente al procedimiento, pues así lo describe la literatura médica y no existía ni existe hoy certeza absoluta de la

²³ SC2202 de 2019, Corte Suprema Sala de Casación Civil.

garantía total de éxito de ningún procedimiento quirúrgico, por lo cual no se puede asignar a responsabilidad a título de culpa por mala praxis médica al doctor CAYÓN ZULUAGA por la ocurrencia de un riesgo inherente al procedimiento y además debidamente informado a su paciente.

6.2.3 Caso Concreto

- 1) IVANILICH GÓMEZ SANJUAN. Analizada la atención en urgencias brindada por el doctor IVALICH GÓMEZ SANJUAN al señor GREGORIO POTES CÓRDOBA, el día 2 de agosto del año 2013 en la urgencia de la CLÍNICA VERSALLES, resulta evidente de conformidad con la información consignada en la historia clínica, que da cuenta de los signos y síntomas de salud del paciente en esa fecha, el mismo no evidenciaba estar cursando una peritonitis y menos un abdomen agudo, afirmación que corrobora el dictamen pericial rendido por el médico cirujano HAROLD PADILLA, quien al analizar la atención brindada por el demandado en aquella fecha, concluyó sin ambages que se ajustó a los protocolos dispuestos para la atención en urgencias de pacientes con dolores abdominales, teniendo en cuenta la gran cantidad de patologías que se pueden manifestar de esa manera, por lo que lo recomendable era la observación del paciente y darle de alta con analgésicos y recomendaciones para regresar a urgencias en caso de que persistiera el dolor abdominal, aumentara el mismo y se presentaran síntomas adicionales como idóneamente lo consignó en la historia clínica, agotándose su intervención en esa única atención, por lo que se estima concluyente que la atención médica prestada por el demandado se ajustó a los cánones de la buena praxis médica.
- 2) VIVIAN GARCÍA CATAÑO GARCÍA. Su atención se limitó el día 4 de agosto de 2013 a diagnosticar el abdomen agudo y a realizar una cirugía de emergencia para realización de laparotomía, tendiente a salvar la vida del señor POTES CÓRDOBA, como bien lo dijo el perito cirujano general, LUIS ALBERTO OLAVE ASPRILLA, catalogando dicho procedimiento como una cirugía de control de daños, con la finalidad de controlar las causas que ponían en riesgo la vida del paciente, siendo una intervención rápida y de urgencias. En ningún momento fue responsable de cerrar el abdomen abierto del paciente, ni de cerrar la colostomía, dado que el procedimiento por ella realizado, al ser de urgencias tenía por única finalidad salvar la vida de su paciente, resecaando el segmento de colon (sigmoidectomía), afectado por una diverticulitis perforada, que a su vez generó una peritonitis aguda por la filtración fecaloide que contaminó su abdomen, por lo cual requirió un lavado terapéutico y apendicectomía por la contaminación de la cual fue objeto la apéndice como consecuencia de la peritonitis previa y, su cercanía con los divertículos inflamados y perforados, dejando para un segundo tiempo quirúrgico por prudencia médica, atendiendo la gravedad del estado de salud del paciente y a cargo de otro facultativo la decisión de realizarle un procedimiento de colostomía o anastomosis. De todo lo anterior dan cuenta la historia clínica del paciente y los dictámenes periciales realizados por los cirujanos generales LUIS ALBERTO OLAVE ASPRILLA, HENRY BAPTISTE y HAROLD PADILLA, quienes coincidieron en afirmar que la intervención de urgencia realizada por la doctora CATAÑO se ajustó a los protocolos establecidos para el cuadro clínico de abdomen agudo y para tratar la enfermedad diverticular del colon, concordando con lo dicho en la literatura aportada como sustento de sus dictámenes periciales, resultando exitosa la intervención de la doctora CATAÑO, pues con ella se logró el objetivo de preservar la vida del paciente y preparar para una intervención posterior en la cual se le realizó una colostomía a cargo de otro galeno, como ya se indicó, sin que tal intervención hubiese ocasionado los daños y perjuicios reclamados por los demandantes. De contera, se concluye de manera irrefutable que el actuar médico de la demandada se ajustó a los cánones de la buena praxis médica.
- 3) CLÍNICA VERSALLES S.A. La extensísima historia clínica del paciente da cuenta de las innumerables intervenciones que fue sujeto el señor POTES CÓRDOBA durante los distintos y prolongados periodos en que estuvo

hospitalizado y fue atendido por el equipo médico adscrito a la CLÍNICA VERSALLES S.A. entre el 2 de agosto del año 2013 y el 27 de octubre del año 2015. En este punto corresponde analizar la integridad de los servicios médicos prestados al señor POTES CÓRDOBA, descartando por haber sido previamente analizadas las atenciones realizadas por los doctores SANJUAN y CATAÑO. Resulta entonces necesario acudir a los dictámenes periciales, inicialmente a los suscritos por los cirujanos generales BAPTISTE y PADILLA, quienes son contundentes en afirmar que todo el actuar del personal médico a cargo de la atención del paciente se sujeto a los cánones de la buena praxis médica, que las atenciones brindadas fueron adecuadas y oportunas, obedeciendo la prolongación en el tiempo del cierre del abdomen abierto del paciente y de la colostomía, en las distintas ocasiones que se reflejan en la historia clínica, a la grave condición de salud del paciente y al buen criterio médico, que dispuso postergar el cierre del abdomen del paciente sin cerrar la colostomía en espera de que mejoraran las condiciones nutricionales y su adecuada recuperación. Posteriormente, el paciente una vez realizado el cierre de la colostomía, lo que se considera en infectología como una cirugía sucia y contaminada por la zona corporal en que ella se realiza, presentó un bloque abdominal que prolongó su estancia hospitalaria, debido también a fístulas intestinales de alto gasto que le producían fugas nutricionales y a su vez contaminaron su abdomen con su propia microbiota, requiriendo lavados peritoneales reiterados y permanentes, agravando su estado de salud, tanto por el bloqueo intestinal, las constantes fístulas y la contaminación peritoneal, demandando nuevas intervenciones quirúrgicas dirigidas a reseca segmentos del colon y del intestino grueso del paciente que se encontraban contaminados, y así poder salvar la vida del paciente. Cabe resaltar que todas las patologías y condiciones del paciente son riesgos inherentes a la enfermedad diverticular como da cuenta de ello la literatura aportada por los peritos y también los dictámenes periciales sustentados en audiencia de instrucción y juzgamiento.

La prolongada estancia hospitalaria del paciente también propició que gérmenes oportunistas colonizaran sus heridas quirúrgicas y el catéter a él implantado, lo cual en concepto del perito infectólogo HELÍ CORRAL PRADO, constituye un riesgo inherente, como bien lo reseña la jurisprudencia citada, dado que aun cuando la Clínica respetó su protocolo de asepsia y antisepsia, destinado a prevenir la proliferación de gérmenes microbianos en el sitio quirúrgico u operatorio (ISQ o ISO) y a inhibir y/o disminuir el crecimiento de estos gérmenes patógenos en el organismo del paciente, ello no es suficiente para impedirlo, puesto que se trataba de gérmenes multirresistentes o pan resistentes, como también se menciona en la historia clínica. Cabe resaltar que el paciente también fue contaminado inicialmente por su propia microbiota en los distintos episodios de peritonitis que padeció asociados a las fístulas de alto gasto que tenía en su colon e intestino grueso. A su vez, el uso obligado y reiterado de antibióticos y antifúngicos tiende a generar resistencia en bacterias gramnegativas y hongos como la cándida. La historia clínica es abundante en información que da cuenta de la atención multidisciplinaria y permanente que recibió el paciente por parte de la CLÍNICA VERSALLES S.A., a cargo de un equipo médico compuesto por enfermeras, médicos generales, internistas, cirujanos generales, nutricionistas, bacteriólogos e infectólogos, con la finalidad de darle un adecuado manejo a las infecciones perniciosas que agravaban la salud de paciente, a pesar de la previsión tenida en cuanto a la combinación de antibióticos y antifúngicos de distintas generaciones y as intercalamiento, con el propósito de impedir la multirresistencia de los gérmenes patógenos, sin que en ningún momento se renunciara o desistiera a la atención del paciente, demostrando un gran compromiso profesional e institucional, en cumplimiento del juramento hipocrático y apegados a la ética profesional, brindando incluso atención psicológica reiterada al señor POTES CÓRDOBA e informando permanentemente a sus familiares de su

estado real de salud, todo lo cual da cuenta del cumplimiento de los principios de beneficencia y no maledicencia (*non nocere*), siempre tratando a toda costa de salvaguardar la vida del paciente, realizando comités científicos con pares externos buscando soluciones posibles a las afecciones padecidas por el paciente. Lo anterior encuentra pleno respaldo en la historia clínica, en los dictámenes periciales y en la literatura aportada. Visto toda la actuación a cargo de la CLÍNICA VERSALLES S.A., no queda duda de que actuó con absoluta diligencia y cuidado en el cumplimiento de cada uno de sus deberes institucionales, por lo que no se encuentra nexo causal, en la dimensión jurídica, entre su actuación y los daños y perjuicios alegados y reclamados por los demandantes.

- 4) Respecto a **EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S. S.A.**, no se observa probado que su actuación haya incidido de ninguna manera en el fatal desenlace del señor POTES CÓRDOBA, ajustándose su actuación a los cánones legales que trazan sus obligaciones institucionales.
- 5) De contera, las aseguradoras convocadas no guardan ninguna responsabilidad con el resultado lesivo objeto de la demanda.

6.3 Conclusión

En conclusión, no se encuentran estructurados los elementos axiológicos de la responsabilidad galénica, dado que no se logró demostrar un actuar imperito, imprudente ni negligente respecto a la conducta médica seguida por los galenos demandados en relación con el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico brindado al señor GREGORIO POTES CÓRDOBA, por lo que habrá de declararse probada la excepción perentoria de inexistencia de nexo causal. Igual suerte correrán las pretensiones dirigidas a obtener la declaratoria de responsabilidad en cabeza de la CLÍNICA VERSALLES S.A., por haber demostrado un actuar diligente, prudente y perito respecto a las atenciones brindadas al occiso, por lo que tampoco se reconocerá responsabilidad jurídica alguna en cabeza de los demás demandados y llamados en garantía.

7. Decisión judicial

Administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

7.2. Medidas concretas

PRIMERO. DECLARAR PROBADA LA EXCEPCIÓN PERENTORIA DE **INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL** en favor de las demandadas y de las llamadas en garantía.

SEGUNDO: No acceder a las pretensiones de la demanda.

TERCERO: Sin condena en costas teniendo en cuenta la condición económica de los demandantes observada durante el curso de la audiencia inicial.

Notifíquese,

LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA
Juez Séptimo Civil del Circuito de Cali

Firmado Por:

LIBARDO ANTONIO BLANCO SILVA

JUEZ CIRCUITO

JUZGADO 007 CIVIL DEL CIRCUITO CALI

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:

7075498c679775df7688590a9499890c184872dc87272dc3f0b2865911af73e2

Documento generado en 22/07/2021 07:43:06 PM

Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

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