

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI

Santiago de Cali, veintitrés (23) de agosto de dos mil veintiuno (2021)

Radicado	76-001-31-03-008-2011-00209-01
Proceso	Ordinario
Demandante	Gloria Bibiana Calle Gaviria
Demandado	Cosmitet Ltda. y otro
Providencia	Sentencia No. 195 Sentencia de primera Instancia 005
Tema	Responsabilidad Civil Médica
Decisión	Niega pretensiones

Corresponde a este Despacho definir el presente **PROCESO ORDINARIO**, adelantado por Gloria Bibiana Calle Gaviria, en contra de Cosmitet Ltda. Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y Cía. y Carlos Alberto Calderón Osorio.

I.- ANTECEDENTES

Gloria Bibiana Calle Gaviria, debidamente representada por apoderado judicial, presenta demanda ordinaria en contra de Cosmitet Ltda. Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y Cía. y Carlos Alberto Calderón Osorio, a fin de que se efectúen las siguientes declaraciones:

1. Que se declare que los demandados Cosmitet Ltda. Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEM y Cía. y Carlos Alberto Calderón Osorio, son civil y extracontractualmente responsables del fallecimiento del señor Aurelio Calle Builes, por omisión al deber profesional de agotar los medios procedimentales médico-quirúrgicos, con los cuales se hubiera estabilizado al paciente.
2. Que, como consecuencia de la anterior declaración, se condene a pagar a los demandados, la suma de \$50.000.000, por concepto de daños materiales y 300 smmlv, por concepto de perjuicios morales.

3. Al pago de las costas.

Como fundamento de la demanda expuso la parte actora los siguientes **HECHOS** que a continuación se exponen:

a) El 04 de diciembre de 2007, siendo aproximadamente las 11:00 am, el señor Aurelio Calle Builes, fue atropellado por un vehículo de servicio público, razón por la cual fue trasladado al servicio de urgencias de la Clínica Rey David.

b) El paciente ingresó a las 11:38:16 del 04 de diciembre de 2007 con el siguiente diagnóstico "*Paciente encontrado en la vía, con agitación, con trauma a nivel frontal sangrante, con deformidad en antebrazo izquierdo, con inmovilizador y canalizado*" y su fallecimiento se produjo a las 16:31:20 de la tarde, como consecuencia de no haber recibido la atención médica oportuna que requería.

c) Aduce que además de lo anterior, se consignó "*ESTADO GENERAL: Agitado, grita todo el tiempo, refiere dolor en antebrazo. Sangrado y herida a nivel periorbitaria izquierda parte lateral de 3 cm Longitud. Equimosis y edema orbitario izquierdo, con pupila dilatada no reactiva a la luz. Pupila derecha sin alteración*".

d) Manifiesta que dentro del examen inicial, se consignó que el paciente se mostraba agitado, movilizaba las cuatro extremidades orientadas y signos vitales que dieron confiabilidad en el personal médico; sin embargo, el estado del señor Calle Builes era de gravedad, pues de acuerdo con la experticia forense, tenía órganos internos afectados, lo cual conllevó un paro cardiorrespiratorio y al fallecimiento del paciente, circunstancia que al haberse omitido por parte del galeno tratante, emerge como factor determinante de una responsabilidad médica, pues el señor Aurelio fallece con un historial inicial donde no se estableció una lesión de tórax.

e) Alega que el paciente estuvo en observación desde su ingreso (11:38:16 hasta las 16:31:20), sin ninguna intervención relevante, lo

cual constituye una causal eficiente, determinante y fatal, en los actos de omisión del médico tratante, a fin de evitar el desenlace mortal del señor Calle Builes.

II.- ACTUACIÓN PROCESAL

Admitida la demanda, se ordenó la notificación a los demandados. Cosmitet, compareció mediante apoderado judicial, y proponiendo excepciones de mérito las cuales denominó "caso fortuito", "cumplimiento de una obligación de medios y no de resultado", "diligencia y cuidado", "causa extraña", "la inexistencia de relación causa efecto entre los actos de carácter institucional y los actos del equipo médico y los hechos que puedan haber afectado al paciente", "inexistencia de responsabilidad de acuerdo con la ley, por cumplimiento de obligación de medio", "exoneración de responsabilidad por estar probado que el equipo médico empleó la debida diligencia y cuidado", "inexistencia de la obligación de indemnizar por ausencia de los elementos estructurales de la responsabilidad" y, "la innominada".

Por su parte, el demandado Carlos Calderón, contestó por intermedio de curador ad litem, quien no propuso excepciones de mérito.

Mediante auto de octubre 23 de 2013, se ordenó correr traslado de las excepciones de mérito formuladas y el 29 de abril de 2014, se decretaron las pruebas; una vez concluyó el debate probatorio se fijó fecha para llevar a cabo la audiencia de que trata el artículo 373 para el día 06 de mayo de 2020, la cual debió ser reprogramada, debido a las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional, por la llegada del virus de Covid 19 al país.

Finalmente, el 04 de agosto de 2021, se lleva a cabo la audiencia de alegatos y fallo, oportunidad en la cual, los apoderados judiciales de las partes, reafirmaron lo dicho en sus escritos de demanda y contestación de la misma, apoyando su dicho en las pruebas legalmente aportadas y recaudadas durante el trámite del proceso.

III. PROBLEMA JURÍDICO

En esencia, la demandante pretende que se declare la responsabilidad extracontractual de los demandados por la omisión en el cumplimiento de los deberes de asistencia médica y hospitalaria del señor AURELIO CALLE BUILES, lo que conllevó al fallecimiento de éste. Asimismo, se solicita el pago de todos los perjuicios de orden material y moral ocasionados.

Para determinar la viabilidad de las pretensiones de la demanda estima pertinente el Juzgado hacer un análisis de los distintos tópicos que como consecuencia del litigio planteado se presentan como es lo relacionado con la responsabilidad civil extracontractual, la necesidad de la prueba para la reclamación de indemnizaciones y la responsabilidad derivada de la actividad médica.

IV. CONSIDERACIONES

1.- **Los presupuestos procesales** identificados como la capacidad para ser parte y comparecer al proceso, competencia del Juez, demanda en forma y debido proceso, que son los requisitos legalmente necesarios para la regular formación y el perfecto desarrollo de la relación jurídico-procesal, se encuentran reunidos satisfactoriamente en este proceso. Tampoco se avizora la existencia de vicio alguno capaz de engendrar nulidad, que debiera ser puesta en conocimiento o que pudiere ser declarada de oficio, por lo que es viable efectuar pronunciamiento sobre el fondo del litigio.

Así mismo se encuentra que las partes tienen personalidad jurídica para ser sujetos de derechos y obligaciones y los litigantes tienen capacidad para obrar en el proceso al cual comparecieron por conducto de sus mandatarios judiciales, abogados con derecho de postulación; de modo que, la legitimación en la causa entendida como presupuesto de la pretensión se encuentra acreditada por los extremos procesales.

Adicionalmente cada una de las etapas procesales agotadas cumplió con las finalidades contempladas en el derecho procesal y sustancial; por lo

tanto, por haberse cumplido tanto los presupuestos sustanciales como los procesales, resulta procedente decidir de fondo el proceso.

2.- De la responsabilidad civil.

La responsabilidad civil contractual y la extracontractual se encuentra regulada en el Libro Cuarto, Títulos XII y XXXIV; por su parte la Jurisprudencia y la Doctrina al estudiar las diversas clases de responsabilidad, han precisado que la necesidad de reparar un daño puede tener varias causas, siendo una de ellas el incumplimiento de las obligaciones previamente adquiridas, evento este que supone que las personas involucradas estaban atadas por un vínculo contractual, razón por la cual se denomina *responsabilidad contractual*; otras veces, hay lugar al nacimiento de la obligación de indemnizar perjuicios, sin que exista vínculo obligacional previo entre la persona que causa el perjuicio y la que lo recibe, determinando *responsabilidad extracontractual*.

Atendiendo que en el sub lite, se reclama responsabilidad civil, derivada del presunto incumplimiento por parte de la entidad de las obligaciones de atención oportuna y necesaria para atender las patologías de sus afiliados, a través del Sistema de Seguridad Social en el régimen contributivo, debe estudiarse lo relacionado con la responsabilidad derivada de la actividad médica ejecutada por las Instituciones Hospitalarias de carácter privado, en desarrollo del Plan Obligatorio de Salud, recordando, que tanto en los servicios médicos derivados de la vinculación al Sistema, caso de las E.P.S. e I.P.S., así como los que tengan ocurrencia por medio de la ejecución de seguros comerciales comunes (pólizas), o simple iniciativa particular para la utilización del servicio, entrañan una relación contractual, el Despacho centrará su estudio en la responsabilidad civil contractual.

3. Responsabilidad civil derivada de la actividad médica.

De vieja data se ha sostenido, en lo que toca al alcance de las obligaciones derivadas de la actividad médica, que ésta por regla general es una obligación de medio y no de resultado, en la medida que el médico

se compromete a desplegar en *pro* del paciente los conocimientos de su ciencia y pericia y los dictados de su prudencia, sin que pueda ser responsable del funesto desenlace de la enfermedad que padece su cliente o de la no curación de éste¹, de tal manera que sólo podrá ser declarado civilmente responsable y condenado a pagar perjuicios, si se demuestra que incurrió en culpa, por haber abandonado o descuidado al enfermo, o por no haber utilizado diligentemente en su atención los medicamentos o instrumentos idóneos a su disposición.

Respecto de este tipo especial de responsabilidad la Corte Suprema de Justicia ha apuntado lo siguiente:

"2. En ese contexto, los especiales perfiles que presenta el ejercicio de la actividad médica y la marcada trascendencia social de esa práctica, justifican un especial tipo de responsabilidad profesional, pero sin extremismos y radicalismos que puedan tomarse *"ni interpretarse en un sentido riguroso y estricto, pues de ser así, quedaría cohibido el facultativo en el ejercicio profesional por el temor a las responsabilidades excesivas que se hicieran pesar sobre él, con grave perjuicio no sólo para el mismo médico sino para el paciente. `Cierta tolerancia se impone, pues dice Sabatier, sin la cual el arte médico se haría, por decirlo así, imposible, sin que esto implique que esa tolerancia debe ser exagerada, pues el médico no debe perder de vista la gravedad moral de sus actos y de sus abstenciones cuando la vida y la salud de sus clientes dependen de él"*"².

Sin embargo, no hay para la conducta de los médicos una inmunidad al régimen general de las obligaciones, pues como ha reconocido la jurisprudencia, *"el médico se compromete con su paciente a tratarlo o intervenirlos quirúrgicamente, a cambio de una remuneración económica, en la mayoría de los casos, pues puede darse la gratuidad, con el fin de liberarlo, en lo posible, de sus dolencias; para este efecto aquel debe emplear sus conocimientos profesionales en forma ética, con el cuidado y diligencia que se requieran, sin que, como es lógico, pueda garantizar al*

¹ Sent. C.S.J. Cas. Civ. de marzo 5 de 1940. M.P. Liborio Escallón

² Sent. C.S.J. Cas. Civ. de 5 de marzo de 1940.

enfermo su curación ya que esta no siempre depende de la acción que desarrolla el galeno, pues pueden sobrevenir circunstancias negativas imposibles de prever”.

Entonces, la declaración de responsabilidad en la actividad médica supone la prueba de *“los elementos que la estructuran, como son la culpa contractual, el daño y la relación de causalidad”* (Sent. Cas. Civ. de 12 de julio de 1994, Exp. No. 3656). Destacase ahora que acerca del último de los requisitos aludidos, la Corte tiene decantado que *“ese nexo de causalidad debe ser evidente, de modo que el error del Tribunal haya sido del mismo calibre, pues en esta materia tiene esa Corporación discrecionalidad para ponderar el poder persuasivo que ofrecen las diversas probanzas, orientadas a esclarecer cuál de las variadas y concomitantes causas tiene jurídicamente la idoneidad o aptitud para producir el resultado dañoso.*

“El fundamento de la exigencia del nexo causal entre la conducta y el daño no sólo lo da el sentido común, que requiere que la atribución de consecuencias legales se predique de quien ha sido el autor del daño, sino el artículo 1616 del Código Civil, cuando en punto de los perjuicios previsibles e imprevisibles al tiempo del acto o contrato, señala que si no se puede imputar dolo al deudor, éste responde de los primeros cuando son ‘consecuencia inmediata y directa de no haberse cumplido la obligación o de haberse demorado su cumplimiento’. Por lo demás, es el sentido del artículo 2341 ib. el que da la pauta, junto al anterior precepto, para predicar la necesidad del nexo causal en la responsabilidad civil, cuando en la comisión de un ‘delito o culpa’ –es decir, de acto doloso o culposo- hace responsable a su autor, en la medida en ‘que ha inferido’ daño a otro...”³

Empero, frente a las obligaciones que adquieren las Instituciones de Salud, éstas han sido consideradas como obligaciones de resultado, en la medida que la entidad se obliga a suministrar materiales y productos exentos de vicios, a poner a disposición del paciente personal idóneo, al punto que también pueden eventualmente, responder de manera

³ Sent. Corte Suprema de Justicia de enero 15 de 2008 M.P. Edgardo Villamil Portilla

solidaria por las culpas en que incurra el personal, que para el desarrollo de su actividad utilice, en razón a que *"las normas sobre responsabilidad médica se aplican a las Clínicas"*.

4. La prueba cuando se reclama responsabilidad civil médica.

Es claro que los presupuestos de responsabilidad civil médica no son extraños al régimen de responsabilidad general, en torno a la carga de la prueba, por esta vía, dentro del campo probatorio se busca que las partes aporten los medios que estimen conducentes para lograr la realidad de los hechos, sin que implique invertir la carga de la prueba, por regla general es al actor al quien le corresponde demostrar los hechos fundamento de sus pretensiones, pero cuando se torna difícil o imposible para éste, y a pesar de ser carga del actor aportar dicha pruebas, se podrá requerir a la contraparte médica para que por sus conocimientos científicos aclaren situaciones o inquietudes que se le formulen respecto de los tratamientos o procedimientos efectuados. De tal forma que, la parte médica podrá exonerarse de responsabilidad demostrando que actuó con eficacia, prudencia e idoneidad, requeridas por las circunstancias para dicho caso.

Frente a la necesidad de la prueba en asuntos de esta naturaleza, en especial de la prueba del nexo de causalidad, la Corte Suprema de Justicia ha manifestado:

"... deben concurrir todos los elementos o presupuestos materiales para el éxito de la pretensión, empezando por supuesto con la prueba del contrato, que es carga del paciente, puesto que es esta relación jurídica la que lo hace acreedor de la prestación del servicio médico, de la atención y el cuidado. Igualmente, corresponde al paciente, probar el daño padecido (lesión física o psíquica) y consecuentemente el perjuicio patrimonial o moral cuyo resarcimiento pretende. Ahora, probado este último elemento, sin duda alguna, como antes se explicó, que lo nuclear del problema está en la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo del deudor y el daño padecido por el acreedor, pues es aquí donde entran en juego los deberes jurídicos de

atención y cuidado que en el caso concreto hubo de asumir el médico y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa. Pero es precisamente en este sector del comportamiento en relación con las prestaciones debidas, donde no es posible sentar reglas probatorias absolutas con independencia del caso concreto, pues los habrá donde el onus probandi permanezca inmodificable, o donde sea dable hacer actuar presunciones judiciales, como aquellas que en ocasiones referenciadas ha tenido en cuenta la Corte, pero también aquellos donde cobre vigencia ese carácter dinámico de la carga de la prueba, para exigir de cada una de las partes dentro de un marco de lealtad y colaboración, y dadas las circunstancias de hecho, la prueba de los supuestos configurantes del tema de decisión. Todo, se reitera, teniendo en cuenta las características particulares del caso: autor, profesionalidad, estado de la técnica, complejidad de la intervención, medios disponibles, estado del paciente y otras circunstancias exógenas, como el tiempo y el lugar del ejercicio, pues no de otra manera, con justicia y equidad, se pudiera determinar la corrección del acto médico⁴

V. CASO CONCRETO

Determinado entonces el marco normativo, jurisprudencial y doctrinal, de cara a las probanzas, entrará el Juzgado a examinar las pruebas recaudadas en el proceso a fin de determinar la prosperidad de las pretensiones invocadas o si por el contrario, las excepciones de fondo propuestas por la pasiva, logran desvirtuar las mismas, debiéndose tener en cuenta para ello la historia clínica aportada, los interrogatorios de parte rendidos por las partes, los testimonios de los señores Elsa Liliana Bermúdez, Ludivia Gaviria de Calle, Martha Cecilia Calle Gaviria, Ricardo Bonilla, Enarlys Teresa romero y Naria Saturnia Martínez de Montoya, rendidos en el desarrollo del proceso, así como los dictámenes periciales entregados por los médicos Nelson Adolfo López Garzón, Alfredo Martínez Rondanelli y Álvaro de Jesús Pérez González.

⁴ Corte Suprema de Justicia., Sala de Casación Civil. M.P. Dr. José Fernando Ramírez Gómez. Sentencia del 30 de enero de 2001., Expediente No. 5507.

Sentadas las premisas anteriores, se analizará en primer lugar, la historia clínica, en conjunto con los peritajes aportados y el testimonio técnico entregado por la médica Elsa Liliana Bermúdez, así como el interrogatorio rendido por el demandado Carlos Alberto Calderón Osorio, a fin de determinar la existencia o no de la responsabilidad civil médica alegada.

Ahora bien, según la historia clínica se acredita que Aurelio Calle Builes, ingresó a las 11:38 am del 04 de diciembre de 2007, al servicio de urgencias de la Clínica Rey David de la ciudad de Cali, con diagnóstico presuntivo y principal de trauma cerebral focal, más trauma de tórax y fractura de diáfisis de cúbito. (Fol. 109 y siguientes, cuaderno 1)

Asimismo, se registró el examen físico T.A. 95 55, F.C. 88, F.R. 18° T. Se registra como estado general "AGITADO, GITA TODO EL TIEMPO, REFIERE DOLOR ANTEBRAZO. SANGRADO Y HERIDA A NIVEL PERIORBITARIA IZQUIERDA PARTE LATERAL DE C CM LONGITUD. EQUIMOSIS Y EDEMA ORBITARIO IZQUIERDO, CON PUPILA DILATADA NO REACTIVA A LA LUZ. PUPILA DERECHA SIN ALTERACIÓN...DEFORMIDAD EN TERCIO MEDIO DE ANTEBRAZO IZQUIERDO...AGITADO, MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, ORIENTADO, DEMANDANTE.

Se hacen radiografías de órbitas, de antebrazo, de tórax y una tomografía axial computarizada de cráneo simple. Se suministran medicamentos y analgesia con opiáceos.

A la 1 pm, se registra que se pasa mensaje al ortopedista de turno para que sea valorado.

A la 1:50, "paciente en regulares condiciones. Su T.A. 99/70, F. 88, R. 22.

Siendo las 2:20 pm, se registra, "paciente que al llegar de toma de TAC cerebral y RX de antebrazo presenta apnea profunda, entra en paro respiratorio, se traslada a sala de reanimación...inician maniobras de reanimación, masaje cardiaco, no se registran signos vitales, se administra adrenalina...se registra su TA 153/40, FC 42x. Dr. Bermúdez

entuba pte...". A las 3:20 pm se declara clínicamente muerto.

Ya en los interrogatorios recaudados, el Representante Legal de Cosmitet, narró los servicios médicos prestados al paciente, los cuales se hicieron de acuerdo al protocolo. (fol. 221, Cuaderno 1)

Por su parte, **el médico Internista Carlos Alberto Calderón Osorio**, manifestó haber trabajado en la Clínica Rey David en el año 2006 y hasta el 2008, en el servicio de urgencias, de lunes a viernes de 7am a 1pm. Señaló que "...el paciente ingresó cerca de las 11:30 am, acompañado por personal paramédico y agentes de la policía, en estado de agitación, dolor, con trauma a nivel frontal, sangrante, con pérdida de los reflejos en el ojo izquierdo por la severidad del trauma, con deformidad en el antebrazo izquierdo, con signos vitales estables, sin sangrado activo, desorientado, quejambroso por mucho dolor. Se realizó canalización de vena, se deja analgesia para toma de ayudas diagnosticas RX tórax y antebrazo. Por el estado de agitación no es posible realizar inmediatamente una tomografía de cráneo, no se evidencia daño a nivel pulmonar en la rx de tórax, se evidencia fractura de radio izquierdo, se traslada a observación, monitoria clínica y queda pendiente la toma de la tomografía cerebral. Se le aplicó morfina para el dolor y por su estado de agitación, se dejó MIDAZOLAM. Se solicitó valoración por ortopedia ala 1:00 pm y descartar compromiso intracerebral que requiriera intervención... indica haber entregado el turno a la 1pm con recomendaciones de monitoria neurológica por la presencia de un trauma craneoencefálico severo que requiere descartar intervención jurídica por especialista en neurocirugía...".

Informó además que, la causa del deceso del paciente fue un colapso cardiovascular secundario a trauma craneoencefálico severo. (Fol. 223, cuaderno 1)

La Dra. Elsa Liliana Bermúdez Castellanos refirió en términos generales que "...El paciente ingresa a las 11:38, es valorado por el médico CARLOS CALDERON, quien solicitó tomografía cerebral simple, radiografía de antebrazo izquierdo, colocación de líquidos endovenosos...A

las 12 del día nota de enfermería, medicación de sedación para tomar la tomografía cerebral. Nota de 1:38 se toman las radiografías del antebrazo portátiles, pasando mensaje a ortopedia. A la 1:50 se le toma tomografía cerebral simple. A las 2:20 entra en paro cardíaco. A las 3:20 fallece. Entre las 2:20 y las 3:20 se le realizó reanimación, la intubación orotraqueal y el masaje cardíaco. La nota médica de la intervención previa por parte de la testigo aparece a las 4:30”.

Señaló además que los tiempos de atención médica según los protocolos fueron normales. Al ser preguntada sobre el aspecto físico del paciente, dijo que en la historia clínica no se registra que el paciente haya ingresado en estado grave, que la presión arterial era de 95-55 y la frecuencia cardíaca de 88, frecuencia respiratoria de 18, sin que se advierta el aumento de frecuencia cardíaca y en dichas condiciones, el paciente se califica como normo tenso.

Agrega que según la nota de las 2:30, la frecuencia cardíaca era de 113 y la tensión era de 160-40, lo que significa que ya iniciaba a estar inestable, aclarando que al momento de ingreso eran los inicialmente relacionados y permanecen estables hasta la 1:50 de la tarde. Al ser consultada, si es posible asegurar desde el punto de vista científico y conforme a los procedimientos realizados al paciente CALLE BUILES, que este haya fallecido por no haberse seguido por parte de la institución médica los protocolos médicos relacionados con persona politraumatizada en accidente de tránsito, contestó “según valoración y diagnóstico anotado de trabajo del médico que realiza el ingreso, según reposa en historia clínica, realizaron los procedimientos ajustados”.

Al consultarse sobre si era posible establecer desde el ingreso del paciente a urgencias que el mismo podía estar afectado en otra parte del cuerpo debido al politraumatismo que se registra por el accidente de tránsito, manifestó que, según los datos de la historia clínica de ingreso, no se reportaron hallazgos toracoabdominales evidentes, al examen físico.

Ante las preguntas realizadas por el apoderado judicial de Cosmitet,

argumentó "1. PREGUNTADO. Precísele al Despacho si una presión arterial de 95 sobre 55 y una frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto como aparece en la historia clínica es indicativo de hipotensión o descompensación hemodinámica del paciente. CONTESTÓ. No. (...) 3. PREGUNTADO. Indique al despacho, si un sangrado de 150 centímetros cúbicos en un paciente adulto, puede causar descompensación hemodinámica shock hipovolémico y llevarlo a la muerte. CONTESTÓ. No 1. PREGUNTADO. Explique a esta audiencia la razón porque en la necropsia se alude a lesión en riñón, mientras que en la historia clínica no se hace alusión alguna al respecto. CONTESTÓ. El médico legista deber realizar una necropsia que incluye evaluar cada uno de los órganos internos y valorar los sangrados internos que pudiesen haber generado la posible causa de muerte de este paciente, al verlo y palparlo directamente, es fácil realizar diagnóstico de trauma renal. En el paciente, al ingreso a urgencias según historia clínica no se anota daño o lesión renal puesto que al examen físico superficial es muy difícil valorar un órgano retro peritoneal. Se cuestiona porque no se descartó eso si era un paciente politraumatizado, que pudiera estar por una deficiencia médica, contesta que hay dos maneras de determinar un trauma toracoabdominal, si el paciente ingresa inestable con hipotensión y shock hipovolémico se debe llevar a cirugía de urgencia, no era este caso; o si el paciente, se encuentra con signos vitales estables, se descarta los traumas, inicialmente, de mayor gravedad, y que pudieran comprometer la vida del paciente, y una vez descartados, se procede al protocolo de realizar un estudio de trauma toracoabdominal, el cual, en el momento del evento, habría sido una tomografía toracoabdominal con contraste endovenoso, para descartar sangrado interno en pacientes estables. Y, en este caso, se hacía necesario realizarlo, sin embargo, para el año 2007, se requería contraste endovenoso, y para poder colocar este contraste en una persona de 70 años, se requería una creatinina y el tiempo probablemente hubiere sido de dos a tres horas, pero el paciente en el transcurso de la evaluación y toma de tomografía cerebral, presenta paro cardio respiratorio y no da el tiempo necesario para continuar con los exámenes. 2. PREGUNTADO. Sírvase aclarar a esta audiencia si según la historia clínica, el paciente presentó alguna fractura costal que permitiera

sospechar lesión renal. CONTESTÓ. No. (...)

Respecto de la tomografía cerebral simple, dijo que la misma se ordenó a las 11:38 y fue tomada entre la 1:50 y 2:00 de la tarde, considerando que si bien no es normal que haya transcurrido tanto tiempo para ello, lo cierto es que eso no constituyó una causa eficiente en la muerte del señor Builes, pues el trauma craneoencefálico no tuvo nada que ver en su deceso.

Y continua, PREGUNTADO. Según lo ha referido usted en esta audiencia, si mal no entendió esta apoderada, cuando llega un paciente politraumatizado, el procedimiento inicial es descartar los traumas de mayor gravedad que puedan comprometer la vida del paciente, y este se inicia con la orden de una tomografía cerebral, como se hizo el procedimiento del señor CALLE BUILES, y una vez descartada esta situación se procede a realizar un estudio de trauma toracoabdominal, explicando usted que no se hizo por cuanto no dio tiempo ya que se presentó el paro cardíaco (...) según su conocimiento, ese tiempo en que demoró la toma del tac, influyó en la obtención del resultado que a su vez impidió contar con el tiempo debido para dar paso al segundo evento que es la tomografía toracoabdominal. CONTESTÓ. En un paciente politraumatizado el tiempo es muy importante, si se puede descartar de forma pronta cada una de las lesiones, pudiese mejorar la sobrevivencia del paciente, es muy complejo, si se hace todo rápido, es claro. PREGUNTADO POR EL DESPACHO. En el hipotético caso de haberle hecho el examen de la tomografía las 11:40, si se hubiese podido seguir con el procedimiento siguiente a los demás órganos. CONTESTÓ. Si, aclarando que la tomografía toracoabdominal es un procedimiento con contraste, requería la toma de un examen de sangre previo, llamado creatinina, y el cual debería ser normal, para autorizar la toma del examen. (fol. 562 y ss., cuaderno 1A)

Ahora bien, a folio 382 del cuaderno 1A, se encuentra el peritaje entregado por el médico **Nelson Adolfo López Garzón**, especialista en medicina interna, cardiología y subespecialista en ecocardiografía, quien dijo "Revisando la historia clínica y el examen de necropsia del paciente

AURELIO CALLE BUILES...considero que se cometieron múltiples errores tanto por el servicio de traslado en ambulancia como por los médicos tratantes en el servicio de urgencias de la Clínica Rey David, afiliada a Cosmitet en la ciudad de Cali. Inicialmente se perdió tiempo por el servicio de ambulancia que recogió al paciente con politraumatismo referido a las 11 am del día 04 de diciembre de 2007. El accidente ocurrió a pocos metros del Hospital Universitario del Valle, que cuenta con uno de los mejores servicios del país en el manejo de los pacientes con politraumatismo y algunos de sus médicos de urgencias son reconocidos y autores de las guías del Ministerio de Salud en pacientes traumatizados. En uno de los artículos anexos sobre la experiencia clínica en el manejo del traumatismo renal en el Hospital Universitario del Valle, no se reporta mortalidad durante la hospitalización, incluso en casos severos (reportan mortalidad en la literatura entre el 0 y 2%). De tal modo que si se hubiera trasladado al paciente a este centro de referencia el paciente podría haber sobrevivido. Con relación al ingreso del paciente a urgencias de la clínica Rey David y los datos de la necropsia se cometieron múltiples errores de negligencia que paso a mencionar: 1. La valoración inicial del paciente se realizó a las 11:38:16 horas del día 4 de diciembre de 2007 (media hora de ocurrido el accidente y politraumatismo del paciente. En notas de enfermería se reporta ingreso a las 11 horas). Solo se menciona que se encontraba agitado con trauma a nivel frontal sangrante, con deformidad en antebrazo izquierdo. En las notas de enfermería se refiere que el paciente ingresó a las 11 am refiriendo mucho dolor... Es de anotar que desde el inicio de la evaluación clínica se informa de una presión arterial de 95/55 mmHg que ya denotaba el compromiso hemodinámico del paciente. Se refiere en la evolución clínica una frecuencia cardíaca de 113 por minuto, otro indicador del compromiso hemodinámico e hipovolemia del paciente por pérdida progresiva de sangre, que no fueron valorados adecuadamente por los médicos de urgencias. La evolución clínica es deficiente en un paciente crítico que requiere manejo en una unidad de cuidado intensivo por la gravedad de su estado clínico. El estado de confusión, la hipotensión arterial indicativos del shock hipovolémico del paciente pararon desapercibidos por los médicos tratantes. Al ingreso los médicos se centraron en el estudio del trauma

frontal, las fracturas costales y fractura de cúbito y radio, con falencias en el examen clínico del enfermo, transcurriendo más de 7 horas del ingreso... De tal modo que se perdieron varias horas en la evolución clínica del paciente en que los médicos no detectaron que el problema principal era un trauma toracoabdominal con ruptura del riñón izquierdo de manejo urgente e inmediato por el especialista de cirugía y/o urología... Se reporta la administración final de morfina y midazolam con riesgo de mayor depresión respiratoria del paciente. Se reporta que durante el paso de sonda hubo sangrado importante. Esta medida se si hubiera hecho al ingreso del paciente que por hallazgos de necropsia determina trauma renal izquierdo con sección completa en la parte media renal y trauma toracoabdominal contundente como causa de muerte, podría haber llevado a una detección temprana de la patología causante de la muerte del paciente y manejarla en forma urgente, con el apoyo del cirujano de urgencias y el urólogo, lo cual podría haber salvado la vida del paciente. Se refiere en la descripción macroscópica en la autopsia del paciente, abrasiones y excoriaciones en región precordial, costado izquierdo y hasta hipocondrio izquierdo en un área de 30x18 cms no descritas en el examen físico de ingreso... El informe de autopsia también describe la presencia de 150 cc en cavidad torácica y un gran hematoma retroperitoneal y perineal izquierda de 40x23x10 cms no detectados en las valoraciones médicas. Los médicos de urgencias no realizaron una atención adecuada del paciente, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud en la atención inicial del paciente politraumatizado, especialmente en el ABCDL de valoración primaria especialmente en el punto C de circulación y control de hemorragias que enfatiza que los equipos de atención deben enfocarse en CONTROLAR LA HEMORRAGIA. Se recomienda que el tiempo que pase entre el momento del trauma, la detección de sangrado no controlable por otros medios y la intervención quirúrgica, sea el más breve posible... La hipotensión arterial y la taquicardia del paciente, lo clasifican por lo menos en grado III de gravedad que ameritaba manejo oportuno y rápido en cuidados intensivos y/o manejo quirúrgico de urgencia...lo cual no sucedió por la no detección oportuna y rápida del sangrado renal masivo...”.

A folio 401, del cuaderno 1A, se encuentra el peritaje de rendido por el médico Alfredo Martínez Rondanelli, especialista en ortopedia y traumatología, quien manifestó que la fractura abierta grado II de antebrazo izquierdo que presentaba el paciente, requería un tratamiento quirúrgico en las primeras horas, el cual debió iniciar con antibiótico EV, profilaxis contra el tétano; no obstante, considera que dicha fractura no es la causa para la muerte del paciente.

Corrido el traslado de los anteriores dictámenes, los apoderados judiciales de los demandados, solicitaron complementación y/o aclaración de los mismos, que fueron realizadas de forma oportuna por los auxiliares de la justicia (folio 404 dictamen Dr. Nelson López, y folio 470 dictamen Dr. Alfredo Martínez Rondanelli).

Del primero de estos se destaca que "las horas de ingreso y registro son las anotadas en la historia clínica 11:38:16 y 18:46:46. Hay una nota de evolución a las 4:30 PM de ese día donde se anotan complicaciones del paciente, incluyendo maniobras de reanimación. Se anota que durante 40 minutos se solicita cupo en Cuidado Intensivo pero el paciente nuevamente entra en asistolia y fallece... La existencia de taquicardia y descompensación hemodinámica se puede considerar desde el ingreso del paciente, una presión arterial de 95/55 en un paciente previamente normotenso, una frecuencia de 88 por minuto que aumento a 113 por minuto en nota de enfermería a las 2:30 PM ya indican compromiso hemodinámico importante del paciente... La existencia de hematoma perirrenal y retroperitoneal se podría sospechar por el trauma toracoabdominal contundente indicado en la opinión pericial y la lesión extensa en la piel de 30 x 18 centímetros en región precordial, costado izquierdo hasta hipocondrio izquierdo... La valoración y peritazgo realizado se basa no solo en la necropsia sino también en la historia clínica, notas de enfermería originales entregadas. El diagnóstico de trauma toracoabdominal, hemorragia masiva por sección completa del riñón izquierdo no se consideró en los diagnósticos en vida del paciente y al llevarse al servicio de radiología se debió solicitar al mismo tiempo una ecografía abdominal o un TAC corporal total como lo indican las guías que podían haber diagnosticado la patología renal del paciente en vida... La

radiografía de tórax es reportada con silueta cardiaca normal. Aorta elongada y ectásica. Infiltrados reticulares parahiliares bilaterales con aumento del flujo pulmonar. Esto contrasta con el reporte de necropsia con fracturas costales múltiples... Respecto a si una pérdida de sangre de 150 cc. puede ocasionar la muerte del paciente, no. Pero el deterioro agudo del paciente puede ser detectado tempranamente por un buen equipo de trauma. La hemorragia para que llevara al deceso de este paciente como está indicada en las guías debió ser clase III o IV por la presencia de hipotensión arterial en un paciente previamente no hipertenso, la taquicardia de 113 registrada por enfermería a las 2:30 PM., el estado de agitación del paciente, no se valoró el gasto urinario ml/h como lo indican las guías, lo cual se logra pasando simplemente pasando una sonda vesical. Los signos vitales se deben realizar cada 5 minutos hasta la estabilización del paciente y luego cada 15 minutos lo cual no ocurrió en el paciente. No aparecen en la historia anexa las notas de enfermería de ese día después de la 1 PM. que confirmen lo que sucedió realmente antes de la muerte del paciente.

Respecto de la aclaración realizada por el médico Alfredo Martínez Rondanelli se resalta "el paciente con trauma múltiple inicialmente recibe un tratamiento prioritario de ABC. Donde la letra A significa garantizar el oxígeno a los pulmones, la letra B se refiere a la respiración donde en muchos casos es necesario intubar al paciente con un tubo desde la boca hasta la tráquea y conectarlo a un respirador para ventilación mecánica y la letra C se refiere a la circulación, detectar los sitios donde el paciente está sangrando y controlar la hemorragia rápidamente con medios externos o cirugía. Por lo tanto, el trauma que afecta la respiración desde la boca hasta los pulmones tiene la primera prioridad. Posteriormente se establece la gravedad de las otras lesiones cráneo, cara, abdomen, pelvis y extremidades. De acuerdo a los diagnósticos el paciente debe pasar a una unidad de cuidados intensivos para continuar su reanimación y buscar su estabilización o a una sala de cirugía. Son las imágenes diagnósticas radiografías, escanografía, ecografías y exámenes de laboratorio los que permiten establecer la gravedad de las lesiones de todos los sistemas y establecer la prioridad. El paciente presentó trauma

craneoencefálico y trauma abdominal con una ruptura de un riñón. El trauma de cráneo generalmente el pronóstico es poco predecible en la mayoría de los casos en las primeras 24 horas, por lo tanto, el paciente debe recibir un tratamiento integral de todas sus patologías... Las lesiones asociadas al trauma de tórax como contusión pulmonar, hemorragia, ruptura de bronquios o presencia de aire que comprime el pulmón son patologías frecuentes y son competencia del especialista en cirugía general y/o cirujano de tórax. Pero puedo precisar que un paciente como resultado de un trauma en el tórax puede presentar un cuadro de dificultad respiratoria en las horas o días siguientes al trauma y puede llevar a la muerte, por lo tanto, requiere generalmente un tratamiento exigente en unidad de cuidados intensivos”.

Aclarados y complementados dichos dictámenes, los apoderados judiciales del extremo demandante, objetaron por error grave el peritaje entregado por el Dr. Nelson López. El abogado de Cosmitet, sustentó dicha objeción en que el referido galeno, conceptúa sobre algunos signos de alarma que en su criterio no se tuvieron en cuenta en el momento en que el paciente llega a la sala de urgencias, hechos con los cuales no está de acuerdo. Además, argumenta que un paciente que presenta una presión arterial de 95/55, no siempre es indicativo de pérdidas de sangre, y que no puede hablarse de un paciente previamente normotenso, pues no se conocen los antecedentes del paciente ni hay registros previos de la presión arterial, mientras que la frecuencia cardiaca de 113 puede obedecer al estado de agitación del paciente o de respuesta al dolor (taquicardia). En cuanto a los registros de signos vitales, aclara que, en el momento de código azul, el equipo médico, paramédico o de enfermería, que son quienes asisten a los médicos que realizan las maniobras de reanimación, les resulta imposible consignar los registros de forma simultánea. Agrega que, según lo consignado en la historia clínica, el paciente no presentó en ningún momento, signos de hipotensión, choque hipovolémico o descompensación hemodinámica, dado que no se evidenció sangrado; solamente se evidencia orina en la sangre, cuando de manera súbita entra en paro cardiorrespiratorio y se inician las maniobras de reanimación cardiopulmonar y se ordena la como protocolo,

entre otros, paso de sonda vesical al paciente, quien no responde al as maniobra y fallece, sin dar lugar a la valoración por las especialidades de cirugía y urología.

Respecto al artículo al cual hace mención el perito, menciona que aun a la fecha, son muy pocas las instituciones de nivel III y IV que cuentan con equipo de Eco Fast en los servicios de urgencias, reiterando que el paciente no presentó signos o síntomas indicativos de hemorragia intraabdominal o clínicamente pérdidas sanguíneas y la hemorragia masiva por sección completa del riñón izquierdo fue evidenciada como hallazgo clínico al momento de la necropsia, sin ninguna manifestación previa.

Por lo anterior, considera que el perito no solo parte de premisas erradas, sino que realiza juicios de valor que no son de su competencia, llegando a conclusiones erradas y sin tener en consideración la existencia de más pruebas que evidencian las circunstancias determinantes de la conducta del demandante en el resultado, siendo además que la labor de los peritos se debe limitar única y exclusivamente a determinar sobre lo solicitado por el despacho y la parte interesada en la prueba, por cuanto los peritos no tienen la facultad de emitir juicios de valor ni juicios en derecho que induzcan al juez a tomar una determinada decisión.

En similares términos, el apoderado del médico Carlos Calderón, sustenta los motivos de la objeción.

A fin de dirimir la objeción por error grave planteada, el Juzgado dispuso la realización de un nuevo dictamen, el cual fue presentado por el **Dr. Álvaro de Jesús Pérez González-Rubio, especialista en Cirugía General y Laparoscopia** (fol. 598, cuaderno 1A), quien manifestó "3. En qué momentos y en qué casos está indicado la colocación de sonda vesical o la realización de cateterismo vesical y cuál es el objetivo. Respuesta: Sospecha de trauma pélvico, lesión vesical, sospecha de trauma renal, clínicamente equimosis de pared abdominal, datos de abdomen agudo, defensa muscular voluntaria, datos clínicos de retención urinaria. 4. Con fundamento en la historia clínica del paciente Aurelio

Calle Builes, cuál era el procedimiento o medio de diagnóstico que se le debía practicar al paciente de manera prioritaria y por qué. Respuesta: Esto se clasifica según el estado de ingreso del paciente y el sistema afectado. En el caso del paciente Aurelio Calle, manifiesta la historia clínica que su hallazgo principal fue un trauma craneoencefálico con agitación psicomotora con pupila izquierda dilatada, motivo por el cual se solicitó TAC de cráneo por se los hallazgos clínicos de mayor relevancia al momento del ingreso.

5. Indique si un paciente politraumatizado, con contusión cerebral, y trauma frontal está indicado la toma de TAC cerebral. Explique. Respuesta: Sí está indicado, si el paciente ingresa con datos clínicos y físicos de trauma craneoencefálico severo. En el caso del paciente Aurelio Calle, ingresó con herida frontal, sangrado activo, agitación psicomotora, dilatación de pupila izquierda sin reactividad a la luz, datos que hacen pensar en trauma craneoencefálico severo.

6. Diga el perito si en un paciente politraumatizado agitado, con indicación de toma de TAC de cráneo simple, está indicado el uso o administración de Midazolam, a qué dosis y cuál es el objetivo o la indicación. Respuesta: En el caso puntual de Aurelio Calle, presenta agitación psicomotora, y el TAC de cráneo es un examen de diagnóstico que tiene que realizarse con pacientes sin movimientos, motivo por el cual se indica la colocación de Midazolam en dosis mínima, la cual, a las dosis suministradas, no hay evidencia científica que produzca depresión respiratoria.

7. Indique si en un paciente politraumatizado, con evidencia de fractura de húmero, está indicado el uso o administración de morfina y cuál es el objetivo. Respuesta: Los opioides (morfina) son los pilares en el tratamiento de elección para el dolor moderado o severo en intensidad, siempre previa valoración de posibles efectos secundarios y su acción sobre el sistema nervioso central en pacientes con trauma craneoencefálico. Son los analgésicos con menos efectos deletreos (sic) a nivel cardiovascular y renal, la depresión respiratoria es infrecuente, especialmente cuando el paciente tiene dolor severo y se realiza una titulación adecuada. Partiendo de esto sí está indicada la administración de un opioide en fracturas para disminuir del dolor.

8. Indique si una presión arterial de 95/55, en un paciente con politraumatismo, sin antecedentes patológicos o farmacológicos conocidos, es indicativo de hipotensión o de shock

hipovolémico. Respuesta: No es indicativo de hipotensión, pero un paciente puede encontrarse en shock hipovolémico con presión arterial normal como es el caso del shock hipovolémico tipo I.

9. Indique si un paciente politraumatizado, con una presión arterial de 95/55, frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto y frecuencia respiratorio de 18 respiraciones por minuto, es indicativo de descompensación hemodinámica o shock hipovolémico. Respuesta: No es indicativo de shock... una frecuencia cardíaca de 88 latidos por minuto no es indicativo de shock.

10. Indique si para el año 2007, en los servicios de urgencia de las instituciones de salud, era obligatorio o se contaba con equipo para toma de Eco Fast. Respuesta: El concepto de Eco Fast se introdujo en Colombia en el 2008...

13. Que diga el perito médico si una pérdida de sangre de 150 cc., en un paciente adulto, puede llevar a shock hipovolémico o muerte del paciente. Respuesta: En un paciente promedio de 70 kg. Aproximadamente la volemia está estimada en 5 litros de sangre, 150 cc. corresponde a 3%, lo que no representa para un shock hipovolémico.

14. Con fundamento en la historia del paciente Aurelio Calle Builes, lo consignado por el médico, el cuadro clínico presente en el paciente, el estado neurológico y hemodinámico, indique si era indicativo o subjetivo de trauma renal o toracoabdominal. Explique. Respuesta: Analizando los datos consignados en la historia clínica y personal de enfermería, el paciente en mención no se documentan alteraciones físicas ni datos clínicos que nos hagan sospechar de trauma toracoabdominal, es mencionado en la historia que no se documenta estigma de trauma en tórax ni abdomen.

15. Con fundamento en la historia del paciente Aurelio Calle Builes, indique cuál fue el tiempo de estancia hospitalaria del paciente, contados desde el momento del ingreso, y el momento en que el paciente entra en paro cardiorrespiratorio en el servicio de urgencias Clínica Rey David. Respuesta: Según las notas de enfermería descritas en la historia se evidencia el tiempo de 3 horas y 20 minutos.

16. Con fundamento en la historia clínica perteneciente al paciente Aurelio Calle Builes, indique si presentó signos o síntomas premonitorios de paro cardiorrespiratorio. Respuesta: Según los datos consignados en la historia clínica, el paciente no presentó signos premonitorios de paro cardiorrespiratorio, la última presión arterial realizada en toma de TAC

fue de 99/70... 1. En el caso del paciente Aurelio Calle Builes, cuál era la prioridad de la conducta médica. Respuesta: Protocolo de atención básica de paciente politraumatizado, hablamos de un paciente que no conocemos, mecanismo de trauma, no se precisa la hora de trauma ni tiempo transcurrido desde el siniestro hasta el ingreso al servicio de urgencias. 1. Con fundamento en la historia clínica, indique cómo considera la atención y manejo médico brindado por el equipo médico de la clínica Rey David. Respuesta: Considero que la atención brindada al paciente Aurelio Calle en el servicio de urgencias de la clínica Rey David fue una intervención adecuada debido a que el médico de urgencias se enfocó en los sistemas afectados, priorizando el trauma craneoencefálico y su fractura, por los hallazgos encontrados en la necropsia, el cual presenta como causa de muerte, trauma renal grado IV, nos enfrentamos ante una gran cinemática de trauma la cual en un paciente de 70 años es crítica, representando alta tasa de mortalidad. Llama la atención que, de acuerdo a datos clínicos y físicos evidenciados en la historia, el paciente no presentó signos de shock hipovolémico tipo III y IV, la atención de urgencia fue basada en los hallazgos principales que fueron trauma craneoencefálico con cambios en la pupila del paciente, y su fractura de cúbito y radio. Analizado el caso tenemos en cuenta que la sangre irrita el peritoneo en período de 6 a 8 horas, si no hay cambios hemodinámicos, es difícil sospechar un trauma abdominal.

A fin de zanjar la objeción por error grave, debe recordarse que para que prospere la misma, se requiere la existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas. Así mismo, se ha dicho que éste se contrapone a la verdad, es decir, cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito. Sin embargo, se aclara que no constituirá error grave en estos términos, las conclusiones o inferencias a que lleguen los peritos, que bien pueden adolecer de otros defectos. En otros términos, la objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación, y no a la conclusión de los peritos.

En este punto debe decirse, que por mandato de lo reglado en el artículo

238, numeral 6° del Código de Procedimiento Civil, se declarará probada la objeción por error grave del dictamen pericial, toda vez que el médico Nelson López realizó apreciaciones personales, sin tener en cuenta lo solicitado por el apoderado judicial de Cosmitet, quien fue la persona que solicitó el peritaje. Téngase de presente, que a folio 103 del cuaderno 1, el apoderado judicial de Cosmitet, requirió la experticia, a fin de que se manifestara lo siguiente "1) Que digan los peritos médicos especializados si en el estado actual del avance científico técnico la medicina puede considerarse como una ciencia exacta y si los resultados de un tratamiento o procedimiento, en casos como el correspondiente al paciente AURELIO CALLE BUILES, debían o no ser garantizados. Explicarán los peritos el porqué de una u otra afirmación. 2) Que se sirvan manifestar los peritos si las reacciones que se constituyen en efecto de un tratamiento o intervención son las mismas en todos los pacientes o si ellas dependen de los antecedentes clínicos patológicos de los mismos y de las respuestas propias de sus organismos de manera individual en cada caso. 3) De acuerdo con el estado de salud que presentaba el paciente, díganos si era posible prever la presencia de un sangrado interno. 4) Previa revisión de la historia clínica del paciente, sírvase indicar si existía algún examen o procedimiento, que le permitiera al médico tratante determinar la existencia de un sangrado interno del paciente. 5) Es posible prever esta complicación, con otros tratamientos o procedimientos, diferentes a los implementados en las instalaciones de la CLÍNICA REY DAVID. 6) Indiquen si el actuar del equipo médico que interviniera al paciente, se hizo dentro de unas expectativas razonables, de lo que era de esperarse de su conducta profesional. 7) Concepto médico sobre la atención brindada a la paciente".

Así las cosas, y como viene de verse, el perito Nelson López, afirmó que el paciente presentaba un shock hipovolémico, el cual pasó desapercibido por los médicos que atendieron al señor Calle Builes, lo cual fue descartado por la médica Elsa Liliana Bermúdez en su testimonio, y el peritaje entregado por el Dr. Álvaro de Jesús González, quienes manifestaron de forma clara que, con los registros de la presión arterial,

así como de frecuencia cardiaca y respiratoria que presentaba el señor Aurelio no eran indicativos de shock hipovolémico. De igual forma, manifestaron que la pérdida de 150 cc de sangre, no pueden llevar a un shock hipovolémico.

Aunado a ello, los galenos Elsa Eliana y Álvaro de Jesús, manifestaron que fue correcta la atención inicial prestada al apaciente, pues de basaron en los hallazgos iniciales del trauma cráneo encefálico y la fractura del antebrazo; además al paciente se le tomó un rx de tórax, en el cual no se evidenció la lesión del riñón. Además, argumentaron que los medicamentos aplicados al paciente para la toma de la tomografía cerebral midazolam y morfina, no producen depresión respiratoria tal y como lo afirmó el Dr. Nelson López y estaban indicados para el caso concreto, debido que el paciente se encontraba agitado y dicho examen requería que el señor Aurelio Calle, estuviese quieto, razón por la cual, no puede endilgarse culpa en no haberse detectado a tiempo la lesión del riñón izquierdo encontrada en el necropsia del paciente, pues la misma sobrevino de forma engañosa para los médicos tratantes y de una forma tan rápida e inesperada, que el paciente entró en shock, después de un poco más de dos horas de haber ingresado a la clínica.

Asimismo, quedó probado, que el señor Calle Builes, no estuvo por más de 7 horas en la clínica como lo afirma el perito Nelson López, sino por espacio de 3 horas y 20 minutos aproximadamente. Es más, y aunque la médica Elsa Liliana Bermúdez manifestó que en el caso de que el paciente no hubiese entrado en paro cardio respiratorio después de tomarse la tomografía cerebral, tampoco podía afirmarse que la tomografía toracoabdominal podía tomarse en seguida de ello, pues dicho procedimiento tenía que hacerse con contraste, requería la toma de un examen de sangre previo, llamado creatinina, y el cual debería ser normal, para autorizar la toma del examen y el tiempo probablemente hubiere sido de dos a tres horas.

Tampoco son de recibo los argumentos esgrimidos por el perito Nelson López respecto a los tiempos y lugar de traslado del paciente después del accidente, pues ello no era labor de la clínica. Recuérdese que el señor

Aurelio, sufrió un accidente de tránsito en las vías de la ciudad de Cali, por lo que fue recogido por una ambulancia, servicio en el cual la clínica nada tenía que ver, o al menos nada de ello se demostró.

En ese orden, en lo que hace alusión a la presunta culpa endilgada a los demandados, de las pruebas arrimadas al expediente encontramos que ésta goza de ausencia, por cuanto la actora, no demostró en el plenario que Cosmitet y el Dr. Carlos Alberto Calderón, hubiesen actuado negligentemente en la atención que el señor Aurelio Calle Builes requería y en este evento no existiría negligencia ni omisión en la prestación de la asistencia médica.

No se vislumbra tampoco desidia en el manejo que los demandados hicieron a la sintomatología con la que llegó el paciente, y no es predicable la responsabilidad, sin que exista prueba de que la deficiencia en la atención médica, haya sido a causa de una mala praxis o incumplimiento de protocolos médicos por parte del personal que la atendió.

Con lo anterior, no se observa que, por omisión, negligencia, o descuido, la entidad demandada haya dejado de prestar la asistencia médico-asistencial requerida por el extremo activo, cosa distinta es que una vez diagnosticado se le haya negado el suministro de medicamentos y/o tratamientos.

En ese orden de ideas, para el Despacho es claro, que la prueba no es contundente ni clara para que lleve a la convicción de esta Juzgadora sobre la responsabilidad que se endilga al extremo pasivo.

En este punto, resalta el Juzgado que cuando se trata de imputar responsabilidad a quienes intervinieron en la atención médica, lo más apropiado es que sobre ella conceptúe un experto, pues el Juez no puede reemplazar la opinión de los galenos que han dedicado largo tiempo de estudio y practica al conocimiento médico y mucho más cuando se requiere de estudios especializados sobre el tema, pues la complejidad del cuerpo humano imposibilita que por simples presunciones del hombre se deduzca la responsabilidad de un experto que en principio se supone

actúa profesionalmente, salvo, claro está, negligencia grave que a simple vista permita deducir descuido como cuando quienes intervinieron en una operación cerraron la herida dejando instrumentos o elementos médicos que debían ser retirados o como cuando detectado uno de dos órganos que debe ser intervenido, se interviene el bueno y no se toca el malo.

En los temas de responsabilidad médica, la prueba pericial resulta fundamental, ese es el medio por excelencia para obtener elementos de juicio para la valoración a fin de establecer si en determinada atención actuó o no apegado a la *lex artis*, de ahí que se requiera la opinión de uno o varios expertos que conceptúen sobre una actuación conforme a las disponibilidades actuales de elementos médicos y a los postulados de la ciencia (Jairo Parra Quijano, Manual de Derecho Probatorio).

Es claro, que sin la existencia de la opinión de un experto, difícilmente se puede concluir si un médico o grupo de médicos actuaron o no de manera irresponsable, la misma exigencia de formación profesional muestra que un neófito en la materia apropiadamente no sea confiable para deducir que un actuar médico haya trasgredido la *lex artis*, máxime cuando se trata de especialidades de alta complejidad y largos estudios.

Y en este punto es importante destacar que la prueba pericial o de testimonios especializados resulta de gran trascendencia toda vez que ésta aporta elementos técnicos de una persona experta en la materia para dilucidar la controversia. Es una prueba esencial que permite establecer si determinado procedimiento médico, si un diagnóstico o la formulación de exámenes o no, se avenían con lo establecido en la *lex artis*, tal como lo manifestó el H. Tribunal Superior de Cali, Sala civil con ponencia del Doctor Jorge Jaramillo Villareal "sin la intervención de un experto, difícilmente se puede concluir si un médico actuó o no de manera responsable en un tratamiento o una intervención concreta, la misma exigencia de formación profesional resulta casi irremplazable porque un neófito en la materia difícilmente podría identificar si se actuó con prudencia, impericia o negligencia o podría deducir errores donde la intención profesionalmente podría ser apropiada, aunque casos existen por experiencia generalizada en que la transgresión sea observable a

simple vista y para todo el mundo y por lo tanto fácil deducción para la justicia como cuando en una intervención quirúrgica olvidan los instrumentos en el cuerpo o se interviene un órgano sano y no el enfermo (sentencia del 14 de marzo de 2016 radicado 2007 0203 1335).

En este mismo sentido la Corte Suprema de justicia en sentencia de casación civil del 8 de mayo de 1990, con ponencia del doctor Eduardo García Sarmiento, señaló que la prueba pericial es la prueba que mayor convicción genera cuando se trata de establecer las causas del fallecimiento de una persona por actividad de otras **y en el presente caso, dicha prueba no fue favorable a las pretensiones de la demandante.**

Vistas así las cosas, para este Juzgado es claro que el asunto de la relación de causalidad adecuada entre el comportamiento activo o pasivo de los demandados y el supuesto daño padecido por la demandante no se configura en este caso; por lo tanto no existe estría o vestigios que permitan deducir una mala atención o una mala práctica médica; y el fenómeno de la imputabilidad, es decir, la atribución subjetiva, a título de dolo o culpa, no puede inferirse por el sólo hecho que así lo afirme la actora, puesto que en casos como el presente se debe probar la culpa del facultativo o de la entidad y el nexo causal, cuestión no acreditada por aquella; más bien ocurre todo lo contrario, existe evidencia de una pronta atención, realizada conforme a los protocolos médicos.

En conclusión, para el juzgado no se encuentran acreditados los elementos axiológicos de la responsabilidad médica, esencialmente, la culpa y el nexo causal, por lo que se declarará probada la excepción de mérito presentada por Cosmitet denominada "la inexistencia de relación causa a efecto, entre los actos de carácter institucional y los actos del equipo médico y los hechos que puedan haber afectado al paciente", y se negaran las pretensiones de la demanda, escenario ante el cual se prescindirá del análisis de los testimonios rendidos por las señoras Ludivia Gaviria de Calle, Martha Cecilia Calle Gaviria, Enarlys Teresa Romero y Naria Saturnia Martínez de Montoya, por cuanto los mismos, se encuentran encaminados a la demostración de los perjuicios morales.

Asimismo, el testimonio rendido por el radiólogo Ricardo Bonilla no resulta indispensable para la resolución del caso concreto, pues el mismo se centró en la discusión de la fecha en la cual se realizaron los exámenes de imagenología y la interpretación dada a los mismos.

Por lo expuesto el **Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Cali**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

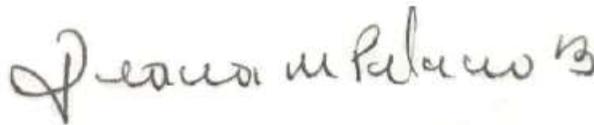
VI. FALLA

PRIMERO: Declarar probada la excepción de mérito presentada por Cosmitet Ltda. denominada "la inexistencia de relación causa a efecto, entre los actos de carácter institucional y los actos del equipo médico y los hechos que puedan haber afectado al paciente", por las razones expuestas en precedencia.

SEGUNDO: DENEGAR la totalidad de las pretensiones de la parte demandante, por lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

TERCERO: CONDENAR en costas a favor de la parte demandada y en contra de la activa en la litis dentro de las presentes diligencias, en la suma de \$5.000.000, que deberá ser incluida en la respectiva liquidación de costas.

NOTIFIQUESE



DIANA MARCELA PALACIO BUSTAMANTE
JUEZ

047

**JUZGADO DIECISIETE CIVIL DEL
CIRCUITO SANTIAGO DE CALI
SECRETARIA**

En Estado No. 125 de hoy se notifica a las partes el auto anterior.

Fecha: 24 de agosto de 2021

RAFAEL ANTONIO MANZANO PAIPA
Secretario

Firmado Por:

Diana Marcela Palacio Bustamante

Juez

Civil 017

Juzgado De Circuito

Valle Del Cauca - 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: **e67814069983d2952c5dfaefe527ab229002abc7b21a4d63bcc07a81cd84d631**

Documento generado en 23/08/2021 01:54:01 PM