

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p><b>PROCESO:</b> GESTION DOCUMENTAL</p>	<p><b>CÓDIGO:</b> CSJCF-GD-F04</p>	
	<p><b>ACUSE DE RECIBIDO:</b> ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p><b>VERSIÓN:</b> 2</p>	

## Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

### Acuse de Recibido

**FECHA: Martes 15 de Junio del 2021**

**HORA: 4:41:46 pm**

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; **Claudia Marcela Arango** , con el radicado; **201800026**, correo electrónico registrado; **claudiaarango@asesorajuridica.com**, dirigido al **JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO**.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, **(+57) 321 576 5914**

#### Archivo Cargado

ContestaciónSIGIFREDOFRANCOdefinitiva.pdf

**CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20210615164147-RJC-20361**

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Señor

**JUEZ TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO**

Manizales

**REF: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD MEDICA**

**DEMANDANTES: LUZ ADRIANA MUÑOZ Y OTROS**

**DEMANDADOS: SIGIFREDO FRANCO MARIN Y OTRA**

**RADICADO: 2018-00026**

**CLAUDIA MARCELA ARANGO HENAO**, abogada portadora de la tarjeta profesional N° 69.050 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de Curadora Ad Litem de los **HEREDEROS INDETERMINADOS DEL CODEMANDADO SIGIFREDO FRANCO MARIN**, por medio del presente escrito procedo, dentro de la oportunidad procesal establecida para el efecto, a dar contestación a la demanda de la referencia

### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL FUNDAMENTO FACTICO DE LA DEMANDA**

Aunque no le consta a la suscrita apoderada los antecedentes de la presente acción, se dará contestación a los hechos con base en la prueba que obra en el expediente en los siguientes términos, no sin antes llamar la atención del operador judicial, en el sentido que la definición de la suerte de este proceso deberá estar muy orientada por la historia clínica, que es la única que de manera objetiva, relata las reales condiciones de salud del paciente, así como la atención que le fue brindada por el Dr. **SIGIFREDO FRANCO MARIN**. El siguiente es entonces el pronunciamiento sobre el fundamento fáctico del gestor:

### **HECHOS U OMISIONES QUE SIRVEN DE FUNDAMENTACION A LA ACCION**

#### **HECHOS RELACIONADOS CON LAS PARTES**

**Los hechos Nos. 1 a 4:** Son ciertos de conformidad con los registros civiles de nacimiento y matrimonio que fueron adosados a la demanda

**El hecho No. 5:** Es cierto que el señor **JOSE DANILO CASTRILLON SANCHEZ**, se encontraba afiliado a la **EPS SALUDVIDA S.A**, pero no le consta a la suscrita apoderada desde qué fecha

**HECHOS RELACIONADOS CON LA HISTORIA CLINICA APORTADA COMO PRUEBA Y QUE EVIDENCIAN LA FALLA Y LA NEGLIGENCIA MEDICA, ATENCIÓN TARDÍA, EL ERROR DE DIAGNÓSTICO E INADECUADO TRATAMIENTO, LA FALTA DE OPORTUNIDAD MEDICA Y LA MALA PRAXIS MEDICA**

**El hecho No. 1:** Es parcialmente cierto y explico:

Son ciertos los datos extractados de la nota médica de la atención brindada el día 4 de agosto de 2014, de la que es menester formular los siguientes comentarios:

- Los síntomas referidos por el paciente son comunes a varias patologías gastrointestinales y no están relacionados exclusivamente con el cáncer de recto, así por ejemplo, el tenesmo rectal que es la sensación de querer defecar aunque el intestino esté vacío, generalmente está asociado a otras enfermedades o problemas de salud, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulosis o la infección intestinal, pudiendo causar síntomas como dolor abdominal y cólicos.
- El cáncer de recto puede causar diversos síntomas, como diarrea frecuente, sangre en las heces, dolor abdominal o tenesmo, los cuales pueden ser difíciles de identificar porque son síntomas que también pueden ocurrir debido a problemas comunes, como infección intestinal o hemorroides, y en este caso, de conformidad con la colonoscopia practicada el 02 de enero de 2015 por el Dr. **MAURICIO OSORIO CHICA**, el paciente también presentaba “hemorroides internas sin dilataciones patológicas”.
- Dentro de los síntomas consignados en el motivo de consulta, el **paciente no refirió pérdida de peso**, y por el contrario en la “Revisión por sistemas” se indica que presenta un **sobrepeso de 3 kilogramos**
- El paciente tampoco indicó que tenía antecedentes familiares de

cáncer de colon, como **empezó a referirlo a partir de la nota del 28-10-14**, de acuerdo con la historia clínica

De lo anterior se tiene que no es cierto el comentario hecho por el vocero judicial de los accionantes cuando indica que con esos síntomas era mandatorio realizar un tacto rectal al paciente para descartar masas, pólipos, fisuras o zonas dolorosas entre otros, pues las referidas lesiones suelen estar más profundas, en sitios a los que no se tiene acceso con ese tipo de examen, y para ello, están indicados ayudas diagnósticas tales como la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia, incluso los rayos X, que permiten apreciar un segmento más amplio del intestino, pero esto ocurrirá después conocer la evolución con el tratamiento ordenado, y para ello el médico le ordenó control en un mes

**El hecho No. 2:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, **salvo el apartado** en el que se indica que el galeno señaló en la anamnesis que el “Paciente regresa a consulta por persistencia de síntomas”, pues de ello no da cuenta la nota médica. Por lo demás, frente a esta valoración conviene hacer los siguientes comentarios:

- En el motivo de consulta, el paciente también indicó que no había dolor, y **nada informó acerca de una disminución de peso**, al punto que en la nota se indicó que el peso era normal
- Al igual que en la valoración anterior, **tampoco informó nada acerca de los antecedentes familiares de cáncer de colon**
- El señor **JOSE DANILO CASTRILLON**, señaló en esa oportunidad que no había mejoría del estreñimiento y que tenía sangrado rectal al limpiarse con el papel higiénico, esto es, no se trataba de la presencia de sangre en la materia fecal sino al limpiarse, lo que es compatible con las hemorroides o incluso con las laceraciones en el recto, que fue lo que encontró el Dr. **FRANCO MARIN** en la rectosigmoidoscopia
- En esta oportunidad el galeno le realizó un tacto rectal que es reportado como **normal sin sangrado intestinal en el momento**. Al respecto, conviene llamar la atención sobre el hecho que si la masa estaba ubicada a los 7 cm desde el reborde anal como se desprende

de la colonoscopia practicada el 2 de enero de 2015, era muy probable que se hubiera palpado al tacto rectal, tal y como lo apreció la gastroenteróloga que realizó la ultrasonografía endoscópica el día 14 de enero del 2015, la que en el reporte del examen consignó lo siguiente:

“TACTO RECTAL: **A 5 cm del reborde anal se palpa masa** pétrea adherida firmemente a los planos profundos. No se delimita el borde proximal” (destacamos)

De ahí que por su ubicación, de haber existido la masa para el mes de agosto de 2014, la misma habría sido advertida por el doctor Jaime León Gallego

- Finalmente, y con un buen criterio, el médico general remitió al paciente a valoración por gastroenterología ante la persistencia del estreñimiento, no obstante el tratamiento que le había indicado, para que fuera éste quien definiera el plan a seguir.

**El hecho No. 3:** Es cierto, así consta en la historia clínica, pero frente al contenido de esta nota es menester llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

- El paciente **nada manifestó acerca de estar presentando una pérdida de peso**
- Al igual que en las valoraciones anteriores, **tampoco informó nada acerca de los antecedentes familiares de cáncer de colon**
- El especialista ordenó la práctica de una rectosigmoidoscopia que es un examen que permite el diagnóstico de este tipo de patologías

En efecto, la rectosigmoidoscopia es una exploración médica durante la cual se inspeccionan las paredes de la parte final del colon, el recto y el sigmoide, en busca de posibles crecimientos anormales, tales como pólipos o tumores en las primeras fases. La prueba es particularmente útil porque es capaz de detectar y extirpar al mismo tiempo los pólipos que luego evolucionarán a tumores.

## ¿En qué consiste?

La rectosigmoidoscopia se realiza introduciendo desde el ano una sonda delgada (de aproximadamente 1 cm de diámetro) equipada con una luz y una cámara. Gracias a la sonda, el gastroenterólogo puede examinar con precisión los tejidos internos del intestino, detectar y extirpar los pólipos y realizar biopsias, es decir, tomar muestras, para su posterior análisis.

## Preparación para la rectosigmoidoscopia

**La preparación para el procedimiento es bastante sencilla, nada dolorosa, pero resulta fundamental.** De hecho, es necesario realizar una limpieza completa del colon para que el médico pueda detectar posibles pólipos o lesiones. Para ello, se toma un laxante la noche anterior a la prueba. Las sopas ligeras y el agua, por otra parte, no ponen en peligro el éxito de la exploración.

- **El especialista le advirtió desde esa valoración, que debía volver a asistir a consulta con él, con el reporte de la rectosigmoidoscopia**
- **Se le indicó al paciente el manejo médico higiénico y dietético que debía tener para la realización adecuada del examen, el cual, como viene de verse, exige la ingesta de un laxante para limpiar el colon, con miras a que el especialista pueda evaluar adecuadamente el colon, el recto y el sigmoide**

**El hecho No. 4:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, pero de esta nota de la rectosigmoidoscopia, se omitieron los siguientes apartes de interés:

- Además de la rectosigmoidoscopia, el especialista también le realizó un tacto rectal en el cual **no se palparon masas**, y como se dijo al dar respuesta al hecho No. 2:
  - En la colonoscopia practicada el 2 de enero de 2015, se

deduce que la masa estaba ubicada a **7 cm desde el ano**,

- En la ultrasonografía endoscópica realizada el 14 de enero del 2015, la especialista indicó que al tacto rectal, había percibido una masa a **5 cm del reborde anal**

Con esa ubicación, era apenas lógico que si esa lesión en efecto hubiera estado presente desde los meses de agosto y septiembre de 2014, tanto el médico general **JAIME LEÓN GALLEGO**, como el gastroenterólogo **FRANCO MARIN**, la habrían palpado en los tactos rectales que le realizaron al paciente en esas oportunidades

- Aunque existió una mala preparación por parte del paciente para la adecuada realización de este examen, pues tenía abundante contenido fecal en el intestino, lo que pudo apreciar el especialista le permitió concluir que **no se observaban alteraciones en la mucosa proximal y a nivel distal presentaba una laceración posterior y superficial aguda anterior**, lo que es compatible con el estreñimiento que refería el paciente

La laceración anal es desgarro en la mucosa que recubre el ano y se puede producir cuando se evacúan heces grandes y duras, esto es, en casos de estreñimiento que era uno de los síntomas referidos por el paciente. Estas laceraciones suelen provocar dolores y sangrado durante la evacuación intestinal

La mayoría de las laceraciones anales mejoran con tratamientos simples, como una mayor ingesta de fibra o baños de asiento, aunque algunas personas necesitan medicamentos o en ocasiones cirugía.

Entre los signos y los síntomas de la laceración anal se pueden incluir los siguientes:

- **Dolor**, algunas veces intenso, durante la evacuación intestinal
- Dolor luego de la evacuación intestinal que puede durar varias horas

- **Sangre** en las heces o **en el papel higiénico luego de la evacuación intestinal**
- Una grieta visible en la piel alrededor del ano
- Un bulto pequeño o un fibroma blando en la piel cercana a la fisura anal

Las causas frecuentes de la fisura anal son las siguientes:

- Evacuar heces grandes y duras
- **Estreñimiento y esfuerzo durante la evacuación**
- Diarrea crónica
- Sexo anal
- Parto

Las laceraciones agudas tienen una marcada tendencia a la curación espontánea hasta un 93% de los casos

- La conducta ordenada por el especialista consistió en **control por consulta externa por gastroenterología, tal y como se lo había ordenado desde la consulta del 08 de septiembre de 2014**
- El examen se practicó sin complicaciones para el paciente

Así las cosas, como no se palparon masas, no se observaban alteraciones en la mucosa proximal y lo que encontró el especialista fue una laceración superficial, en esas condiciones no está indicada la realización de una biopsia, la cual se toma es a masas y no a laceraciones, y mucho menos si la misma podía estar relacionada con el estreñimiento que refería el paciente

**El hecho No. 5:** Aunque no se trata de un hecho, sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, lo que me relevaría de pronunciarme al respecto, resulta conveniente mencionar que:

No es cierto que el reporte de ese examen fue determinante para establecer la demora en el diagnóstico del paciente, pues aunque el mismo

no se pudo practicar en condiciones óptimas por la mala preparación que se hizo el paciente, tanto en la consulta adelantada por el codemandado el día 08 de septiembre de 2014, como en la nota de la rectosigmoidoscopia, se le advirtió al señor **CASTRILLON SANCHEZ** que debía pedir consulta nuevamente con el gastroenterólogo con el reporte del examen, lo que nunca aconteció, y por ello, no se le pudieron realizar otros exámenes más para encontrar la causa del estreñimiento y la deposición con sangre que refería, como podrían ser unos rayos X, indicados en este caso dada la presencia del dolor rectal que refirió durante el examen, una colonoscopia o incluso la repetición de la rectosigmoidoscopia, ante la mala preparación del paciente para su adecuada realización

Como se mencionó en precedencia, el hallazgo encontrado por el gastroenterólogo consistió en una laceración posterior y superficial aguda a nivel anterior, a la que no se le toman muestras, máxime en este caso, en el que la misma era compatible con el estreñimiento que refería el paciente

Así las cosas, ni la incompleta visualización que tuvo el especialista del recto a raíz de la mala preparación del paciente, ni la no realización de una biopsia, que por lo demás no está indicada para una laceración, son la causa para no haber detectado la patología que presentaba el paciente de una manera precoz como erradamente lo concluye el apoderado de los accionantes, pues si el señor **CASTRILLON SANCHEZ** hubiera acudido al control con el reporte de la rectosigmoidoscopia, se le habrían ordenado otros exámenes más, para establecer cuál era la causa del estreñimiento y la presencia de sangre en la materia fecal que lo aquejaban.

No es cierta la conclusión a la que arriba el vocero judicial de los accionantes en el sentido que la rectosigmoidoscopia fue incompleta a causa de la materia fecal encontrada en el colon lo que impidió que el endoscopio pudiera avanzar hasta donde debía hacerlo para tener una visualización completa del área a examinar imposibilitando el hallazgo de la lesión maligna, pues como se ha venido diciendo, de haber existido la masa en ese momento, la misma se habría podido visualizar de alguna manera, si se tiene en cuenta que el especialista pudo avanzar con la sonda hasta los 15 cm, y la masa estaba ubicada entre los 7 y 5 cm del reborde anal, como lo relatan las otras ayudas diagnósticas practicadas en el mes de enero de 2015

También es imprecisa la conclusión según la cual, de haberse contado con un diagnóstico precoz, se habría logrado la curación del paciente, máxime en este caso, en el que sumado al hecho que la lesión era maligna, la misma fue muy agresiva, al punto que en unos pocos días hizo metástasis a distancia primero en los ganglios del cuello y luego en el hígado. En efecto, para los meses de agosto, septiembre y octubre de 2014 en los que fue atendido en el Hospital San Marcos, los médicos que lo valoraron no encontraron la presencia de los ganglios en el cuello, los que sí estaban presentes en el mes de enero de 2015, al punto que fueron sometidos a un bacaf que concluyó que se trataba de un carcinoma metastásico, y desde ese mismo mes, se empezó a observar una lesión en el hígado que inicialmente fue considerada como un absceso hepático, pero que siguió avanzando a pesar del extenso tratamiento neoadyuvante al que fue sometido

Tampoco es acertado el comentario según el cual, ante la mala preparación del paciente, el especialista ha debido reprogramarlo de inmediato para su repetición, en lugar de otorgarle un control, pues es claro que de acuerdo con el esquema para la prestación del servicio de salud en nuestro país, una cosa es una cita de control en la que se hace interrogatorio al paciente, se examina y se define el plan a seguir, y otra cosa diferente es asistir a una cita para la realización de un examen, en la que el especialista tiene una programación previa para la realización en un quirófano de varios exámenes más a otras personas que al igual que el señor **CASTRILLON SANCHEZ**, estaban en ayunas a la espera de la realización de la rectosigmoidoscopia, en la que por consiguiente no se tiene espacio para las pláticas, análisis de resultados y la definición del plan a seguir, y por ello que se le indicó que debía solicitar cita nuevamente con esa especialidad con el reporte de ese examen para definir el paso a seguir, el que obviamente habría consistido o bien en la repetición de éste o en la realización de otros más que permitieran establecer la causa de su padecimiento, pero el paciente no lo hizo, y solo volvió a consulta con esa especialidad en el mes de marzo de 2015. Ello sin contar, con que desde la valoración del 08 de septiembre de 2014, el especialista **también** le había manifestado que debía tener nuevamente control con el reporte de la rectosigmoidoscopia

**El hecho 6:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, y sobre su contenido es menester llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

- En el motivo de consulta, el paciente **seguía sin manifestar que estuviera perdiendo peso**
- Esta es la **primera vez**, que informa dentro de los antecedentes familiares que su padre había fallecido de cáncer de “intestino”
- Se indicó que tenía pendiente control con la especialidad de gastroenterología, a pesar que la misma se le había ordenado desde los días 8 y 18 de septiembre, esto es, había trascurrido para esa calenda más de un mes sin que el paciente hubiera hecho el trámite para conseguir esa cita de control, lo que ha debido ser prioritario para él no solo porque la rectosigmoidoscopia no se pudo realizar adecuadamente por la falta de preparación, sino por la persistencia de los síntomas. Sobre este apartado, resulta conveniente mencionar, que el paciente simplemente señala que tiene pendiente ese control, sin señalar en ningún momento que no se lo hubieran autorizado o que le hubiera resultado imposible que le asignaran la cita
- Al examen físico, la médica le revisó el cuello y consignó lo siguiente en la nota “móvil, cilíndrico, **sin adenopatías**” (destacamos), esto es, sin inflamación de ganglios linfáticos, de lo que se desprende que para esa calenda, no habían hecho su aparición los ganglios del cuello, que sí fueron encontrados en el mes de enero de 2015
- Es así, como la médica general, consignó en su nota que se está al pendiente del control por gastroenterología, el que nunca se llevó a cabo, pues el paciente solo regresó a la institución en el mes de enero de 2015, ya con el diagnóstico de cáncer de colon, y tuvo cita con el doctor **FRANCO MARIN** el 12 de marzo de 2015

**El hecho 7:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- No se trata de un error, el que la médica general no obstante que la rectosigmoidoscopia no se haya podido realizar en condiciones óptimas dada la falta de preparación del paciente, hubiera concluido que no se encontraron alteraciones, pues en todo caso, en

el reporte del examen, no se advierte acerca de la presencia de lesiones cancerígenas, sino de una laceración superficial y aguda, lo que es plenamente compatible con el estreñimiento, y no evidencia malignidad.

- Tampoco fue un error no ordenar una nueva rectosigmoidoscopia, pues esa es una decisión que estaba en manos del gastroenterólogo, con quien estaba pendiente el control
- Menos se advierte una irregularidad en el hecho que hubiera dejado al paciente pendiente de la valoración por el gastroenterólogo, pues además que esa es la especialidad indicada para atender ese tipo de patologías, era lo que se debía hacer, pues estos diagnósticos no están en manos de un médico general. Sobre este apartado digamos que ya eran **3 las oportunidades** en las que se le había advertido al paciente acerca de adelantar los trámites para conseguir la cita con gastroenterología (notas de los días 8 y 18 de septiembre, y 28 de octubre de 2014)
- En cuanto al tacto rectal, digamos que en el contexto de un reporte de una rectosigmoidoscopia que no evidenció ninguna malignidad, que en la historia clínica se advertía que ya se le habían hecho dos sin encontrar masas y que estaba pendiente la valoración por el gastroenterólogo, no era mandatorio realizarlo en ese momento

**El hecho No. 8:** La realización de la ayuda diagnóstica por el Dr. **OSORIO CHICA** y su reporte son ciertos de conformidad con la historia clínica, pero no le consta a la suscrita apoderada que la misma se haya practicado de manera particular, pues de ello no hay evidencia en el expediente

**El hecho No. 9:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas apreciaciones personales del apoderado de la parte actora, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- No es preciso aseverar que con los síntomas referidos por el paciente en sus consultas en el Hospital San Marcos los galenos debían presuponer la patología que presentaba, pues como viene de verse,

el examen que está indicado para diagnosticar este tipo de patologías no se pudo practicar adecuadamente ante la falta de preparación por parte del paciente, y cuando éste debía asistir al control con el gastroenterólogo para definir el paso a seguir, no volvió a su consulta sino hasta el 12 de marzo de 2015.

- Tampoco se puede afirmar que el Dr. **SIGIFREDO FRANCO** actuó con negligencia, pues en **dos oportunidades** le advirtió al paciente que debía asistir a control para definir el plan a seguir a partir del reporte de la rectosigmoidoscopia, y éste no lo hizo
- Mucho menos se puede afirmar que por culpa del especialista se perdió tiempo valioso para lograr la recuperación total del señor **CASTRILLON SANCHEZ**, pues el gastroenterólogo no tuvo la culpa ni de la mala preparación del paciente para el examen, así como tampoco de que éste no hubiera asistido al control con el reporte del examen, tal y como se lo indicó el especialista en dos oportunidades (8 y 18 de septiembre de 2014), en el que se iba a definir el plan a seguir. Lo anterior, sin perder de vista que ante un cáncer tan agresivo como el que presentó el paciente, no se pueda afirmar que se iba a lograr su recuperación total

**El hecho No. 10:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, y sobre su contenido es menester llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

- No se entiende la razón por la cual el paciente hubiera indicado en el motivo de consulta, que asistió para “orden para cirugía”, si en la historia clínica no hay evidencia que un médico le hubiera indicado que acudiera a la institución con ese propósito. Ello sin contar con que para esa calenda, aún se estaba al pendiente no solo del reporte de la biopsia tomada a la masa encontrada en la colonoscopia, sino que también era conveniente la realización de la ultrasonografía endoscópica de recto que se le practicó el 14 de enero de 2015, para la estadificación de la masa, y definir así, con el reporte de ambos exámenes la conducta a seguir
- Tampoco fue preciso el paciente cuando afirmó que sus síntomas tenían 8 meses de evolución, pues cuando acudió por primera vez al hospital el 4 de agosto de 2014, indicó que sus molestias tenían dos

meses de evolución, con lo que a enero del 2015, serían 7 meses y no 8

- **Es la primera vez que el paciente informa que estaba perdiendo peso**, que es uno de los síntomas para sospechar este tipo de patologías malignas, y al respecto es menester destacar los siguientes aspectos:
  - En todo caso se trataba de una pérdida subjetiva de peso, esto es, era la apreciación personal del paciente
  - Se había empezado a presentar hacía **tres meses atrás**, esto es, desde el mes de octubre de 2014, y como se aprecia en la historia clínica, la valoración y la rectosigmoidoscopia realizadas por el Dr. **FRANCO MARIN**, datan de los días 8 y 18 de septiembre de 2014
- **Es la primera vez que el paciente informa que también su madre falleció de cáncer de colon**, información que no volvió a suministrar en las consultas, pues luego informó fue acerca de que una hermana también presentaba esa patología
- **Es la primera vez que en la historia clínica aparece el reporte de la presencia de un ganglio en el cuello, el cual no se apreciaba en la valoración del día 28 de octubre de 2014**

**El hecho No. 11:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- Como apenas se estaban adelantado los estudios para la definición del verdadero diagnóstico del paciente, no se había instaurado el tratamiento establecido para este tipo de patologías
- No se puede afirmar que los galenos del Hospital San Marcos dejaron avanzar la enfermedad ante su diagnóstico tardío, pues como se ha venido sosteniendo, se estaban adelantado los estudios necesarios para el diagnóstico, y por ello el especialista le había ordenado un control con el reporte de la rectosigmoidoscopia para definir

precisamente el plan a seguir, mismo que habría consistido en la realización de otros exámenes o en la repetición del antes mencionado, para encontrar la causa del padecimiento del señor **CASTRILLON SANCHEZ**, pero el paciente nunca asistió

**El hecho No. 12:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, **salvo el apartado** en el que se indica que este especialista sí analizó los hallazgos altamente sugestivos de patología maligna que fueron omitidos por los profesionales anteriores, pues es claro que el panorama para esta calenda era sustancialmente diferente al que enfrentaron los galenos que lo atendieron entre agosto y noviembre de 2014, veamos por qué:

- Ya se contaba con el reporte de la colonoscopia practicada el 02 de enero de 2015, en la que se advertía de la presencia de una masa, que le permitió concluir al especialista que la practicó, que se trataba de un carcinoma de recto medio
- El paciente ya en enero, informó acerca de la pérdida de peso que había empezado a notar desde octubre
- Ya en enero, se advirtió de la presencia de ganglios en el cuello
- Lo anterior sin olvidar que el paciente no le refirió al dr. **FRANCO MARIN**, que tuviera antecedentes familiares de cáncer de colon, como lo hizo con este especialista

**El hecho No. 13:** Es cierto que el paciente fue valorado por el cirujano general **JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO** el día 27 de enero de 2015, a pesar que había sido remitido a la especialidad de coloproctología, pero ello no tiene incidencia en el presente caso, si se tiene en cuenta que la literatura médica establece la conveniencia de adelantar inicialmente el tratamiento de quimio y radio (terapia neoadyuvante), antes de tomar la decisión de intervenir quirúrgicamente al paciente, y como se aprecia en la historia clínica, el señor **CASTRILLON SANCHEZ** ya había sido valorado en **ONCOLOGOS DE OCCIDENTE** desde el 16 de enero de 2015.

Para confirmar lo dicho, conviene remitirnos a la nota del dr. **MARIN MARMOLEJO** cuando indicó lo siguiente:

“Algunos estudios muestran mayor tendencia a la sobrevida en el grupo con quimio y radio previas además menor posibilidad de recidiva pélvica e inclusive control total de tumor o erradicación local en algunos casos”

Y por ello, consideró conveniente encaminar al paciente nuevamente a oncología.

En efecto, en pacientes con cáncer de recto, la estadificación es fundamental no sólo para estimar el pronóstico sino en definir las distintas alternativas terapéuticas. Se debe decidir si el paciente debe ser sometido a quimiorradioterapia preoperatoria, así como también la técnica quirúrgica (resección anterior con o sin preservación del aparato esfinteriano, resección local transanal). Para todas estas decisiones es imprescindible el realizar un óptimo estudio y estadificación preoperatoria, con el que contaba el paciente, y por ello, y dado el tamaño de la masa, lo recomendado era brindar la terapia neoadyuvante inicialmente, para intentar disminuir el tamaño de la masa y permitir así su posterior extracción quirúrgica. En la mayoría de los casos, esta estadificación sufrirá cambios en los pacientes sometidos a quimiorradioterapia preoperatoria ya que como producto de su efectividad se obtendrá una marcada reducción de la masa tumoral (pared y ganglionar) en más del 70% de los pacientes e incluso una regresión tumoral completa en alrededor de un 10 a 20% de ellos.

Como se ve, no es cierta la última parte del hecho que corresponde a un concepto del apoderado de los accionantes, pues el hecho que en esta oportunidad no hubiera sido atendido por un coloproctólogo, no le habría salvado la vida, pues el manejo que se le estaba dando, tiene respaldo científico. Al respecto conviene mencionar que el oncólogo estuvo de acuerdo que la terapia neoadyuvante se diera de manera preoperatoria, tal y como está consignando en la primera valoración en Oncólogos del Occidente del 16 de enero de 2015

**El hecho No. 14:** Es cierto. Al respecto conviene destacar que el adenocarcinoma moderadamente diferenciado es un tipo de cáncer que normalmente no presenta un rápido avance, con lo que resulta extraño lo que le sucedió al paciente, quien al cabo de unos pocos días empezó a presentar metástasis a distancia, específicamente en el cuello, y

posteriormente en el hígado, ésta última a pesar de la terapia neoadyuvante.

**El hecho No. 15:** Es cierto, y respecto de este reporte conviene llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

- La especialista realiza un tacto rectal percibiendo la masa a 5 cm del reborde anal
- No observó adenopatías, esto es, no había ganglios alrededor de la lesión
- La lesión no había trascendido todas las paredes del recto, esto es, no había salido al exterior, aunque sí había hecho metástasis a distancia, específicamente en el cuello

**El hecho No. 16:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- Aunque es cierto que el carcinoma se encontraba en un estado avanzado, todavía no había trascendido todas las capas del recto
- Como se ha venido explicando, a las laceraciones superficiales del recto no se le toman biopsias, y mucho menos si las mismas eran compatibles con el estreñimiento que refería el paciente, esto es, cuando no se tenía la sospecha diagnóstica de malignidad
- No se realizó una nueva rectosigmoidoscopia u otro examen diferente para acercarse al diagnóstico, por cuanto el paciente no regresó al control ordenado por el especialista en dos oportunidades

**El hecho No. 17:** Es cierto, así consta en la historia clínica, y respecto del contenido de la nota es menester destacar que en ella se advierte que se hará el **tratamiento completo preoperatorio**, lo que confirma, que el protocolo en estos casos consiste en iniciar con la radio y la quimio antes de tomar una decisión quirúrgica, por las razones expuestas al dar respuesta al

hecho No. 13

**El hecho No. 18:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- En ninguna parte de la nota de oncología del 16 de enero de 2015 se indica que la lesión ha infiltrado los tejidos adyacentes
- Como se ha venido analizando, en ningún momento se presentó una demora injustificada atribuible a los médicos del Hospital San Marcos, por haber tenido una tardanza de 3 o 4 meses en el inicio del tratamiento, pues cuando se estaban adelantando las pesquisas para el diagnóstico del paciente, éste dejó de acudir al control que le fue ordenado en tres oportunidades
- No se puede afirmar categóricamente que un cáncer de recto sea curable, pues ello dependerá de las condiciones particulares de cada paciente y de la agresividad de la enfermedad

**El hecho No. 19:** Aunque no me consta la supuesta demora en la autorización del tratamiento ordenado al paciente, es cierto lo referente a la medida provisional decretada por el Juzgado Sexto Penal Municipal con Función de Control de Garantías, pues de ello reposa prueba en el plenario

**El hecho No. 20:** Como el hecho contiene varias afirmaciones, nos referiremos por separado frente a cada una de ellas así:

No me consta lo referente al desistimiento de la tutela pues de ello no existe prueba en el expediente

Es cierto lo atinente al inicio de la radioterapia el 2 de febrero de 2015 pues así consta en la historia clínica

Lo demás, corresponde a un concepto del vocero judicial de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto

**El hecho No. 21:** Es cierto de conformidad con la historia clínica, que la radioterapia se inició el 2 de febrero del 2015, lo demás, son conceptos del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto

**El hecho No. 22:** Es cierto, así consta en el reporte del examen

**El hecho No. 23:** Como el hecho contiene varias afirmaciones nos referiremos por separado frente a cada una de ellas así:

Es cierto que el cáncer no solo está localizado en el recto

No es cierto que esté diseminado por todo su organismo, pues de conformidad con los distintos exámenes que se le habían practicado, en ese momento solo había hecho metástasis a los ganglios del cuello, lo que habla de la agresividad del cáncer que presentaba el paciente, pues recordemos que el 28 de octubre de 2014 que fue valorado en el hospital San Marcos no tenía adenopatías en el cuello, y en enero, ya las presentó, incluso pudo haber sido desde antes, pero no hay historia clínica entre esa calenda y el 2 de enero de 2015.

Lo demás no me consta, pues se trata de estadísticas que no obran en el expediente. Lo que sí se debe destacar, es que el comportamiento del cáncer es muy relativo, pudiéndose encontrar cánceres muy agresivos sin una explicación aparente como en este caso, en el que la terapia con quimio y con radio nada consiguió, y en otros casos en los que se presentan verdaderos milagros. De ahí, que resulta muy difícil tratar de explicar este caso a partir de estadísticas

**El hecho No. 24:** Es cierto, así consta en la historia clínica

**El hecho No. 25:** ES cierto, así consta en la historia clínica, y al respecto es menester resaltar, **que a pesar que el Dr. FRANCO MARIN había ordenado este control en dos oportunidades en el mes de septiembre de 2014, fue solo hasta esta fecha, 12 de marzo de 2015, que el paciente volvió a su consulta.**

**El hecho No. 26:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas

conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- No puede afirmar el vocero de los accionantes que para la fecha de la valoración del paciente en el Hospital San Marcos, el cáncer que padecía era curable, pues además de desconocerse su estado, esta patología como se dijo en precedencia no responde a las estadísticas, presentándose casos en los que avanza inexplicablemente a pesar de los tratamientos, y otros en los que se presentan verdaderos milagros.
- Las metástasis a distancia a cuello e hígado hablan de la agresividad del cáncer padecido por el paciente
- No es culpa del especialista que el paciente no se hubiera preparado de manera adecuada para la rectosigmoidoscopia, ni que no haya acudido al control que le ordenó en dos oportunidades, en el que se definiría el plan a seguir, que incluía obviamente avanzar en la realización de exámenes para el diagnóstico

**El hecho No. 27:** Es cierto de acuerdo con la historia clínica, y sobre el contenido de esta nota es menester formular los siguientes comentarios:

- Tal y como se advierte en la nota, la quimio/radio neoadyuvante había finalizado el 11 de marzo de 2015, y fue por ello que lo remitieron al coloproctólogo para que definiera la conducta a seguir, en cuanto a la realización del procedimiento quirúrgico de resección de la masa.
- Como la TAC abdominopélvica que se le había practicado había reportado una hipodensidad sugestiva de absceso hepático, este especialista consideró necesario volver a practicar la prueba para aclarar si se trataba de un absceso o si era una lesión metastásica
- También ordenó una colonoscopia total a realizarse en la 6 y 7 semana post radioquimio, para conocer el estado de la masa luego de la terapia neoadyuvante

Todo ello con el fin de poder establecer la conducta a seguir.

Para mejor ilustración sobre el tema, específicamente respecto de lo que se busca con el tratamiento neoadyuvante antes de decidir la conducta quirúrgica, conviene traer al caso el siguiente apartado de un artículo médico en el que se indica lo que se busca a través de la terapia previa a la cirugía, veamos:

### **“Radiación para el cáncer de colon**

La radioterapia no se emplea a menudo para tratar el cáncer de colon aunque puede que se use para ciertos casos específicos:

- **Antes de la cirugía (usualmente junto con quimioterapia) para tratar de reducir el tamaño del tumor y facilitar su extracción.**
- Después de la cirugía, si es que el cáncer se ha adherido a un órgano interno o a la capa del recubrimiento en el interior de la región estomacal (abdomen). Si esto ocurre, el cirujano no tiene forma de determinar con certeza si el cáncer ha sido extraído en su totalidad. La radioterapia se puede emplear para tratar de destruir cualquier célula cancerosa que puede que haya quedado.
- Durante la cirugía, aplicándose justo a la región donde se encontraba el tumor, para eliminar cualquier célula cancerosa que pudiera haber quedado. A esto se le conoce como radioterapia intraoperativa.
- Junto con la quimioterapia para ayudar a controlar el cáncer en personas que no tienen un estado de salud lo suficientemente bueno como para someterse a una cirugía.
- Para aliviar los síntomas si el cáncer en etapa avanzada está causando obstrucción, sangrado o dolor en los intestinos.
- Para ayudar a tratar el cáncer que se ha propagado a otras áreas, tal como los huesos o el cerebro.” (destacamos) (se puede consultar en el link

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/radioterapia.html>)

**El hecho No. 28:** Es cierto.

**El hecho No. 29:** Es parcialmente cierto, pues de conformidad con el documento que reposa al folio 97 del expediente físico, en él nada se dice acerca de una lesión a 10 cm del reborde anal que afecta el 80% de la circunferencia y no permite el paso del equipo.

En cuanto a la dilatación rectal, solo está indicada en caso de obstrucción

**El hecho No. 30:** No es cierto, pues de conformidad con la historia clínica de Oncólogos del Occidente, el 11 de marzo de 2015 que fue la fecha en que terminó la terapia neoadyuvante, ninguno de los especialistas que lo valoraron indicaron que se debía retirar el cáncer de recto de carácter urgente, pues en la nota médica que obra al folio 88 del expediente físico, el oncólogo clínico, lo que señaló fue lo siguiente:

“(...) ha mejorado localmente y a nivel de cuello pero ahora aparece una lesión hepática interpretada como absceso pero una lesión supraclavicular con histología metastásica, ante esto el paciente debe ser sometido a Cx radical de ca recto pero mientras llega la hora de su Cx continuaremos con QT aplicada cada 28 días para continuar tratando su neoplasia (...)”

En el análisis de la misma nota, el especialista indicó lo siguiente:

“(...) Paciente con Ca recto quien termino QT/RT concomitante y ahora con bacaf de cuello positivo a carcinoma metastásico y una lesion hepatica dudosa y las lesiones rectales persistentes, se decide continuar con QT mientras es llevado a Cirugia(...)”

Y el plan de tratamiento fue el siguiente:

“(...)2. VALORACION POR CIRUGIA COLOPROCTOLOGICA ONCOLOGICA.  
3. CITA CON ONCOLOGIA en 3 semanas con ch-ace(...)”

En acatamiento al plan definido por el oncólogo, el paciente acudió el día 16 de marzo a la valoración con el coloproctólogo **MULETT VASQUEZ**, quien como se dijo al pronunciarnos frente al hecho 27, ordenó la práctica de una serie de exámenes entre ellos una TAC abdominopélvica para efectos de establecer el estado de la lesión hepática así como una colonoscopia entre la 6 y 7 semanas post radio y quimio para definir si el paciente era tributario al procedimiento quirúrgico propuesto por el oncólogo.

Como se ve, la cirugía no se podía llevar a cabo de urgencia, pues en todo caso se requería de unos exámenes previos, uno de los cuales debía practicarse entre la 6 y 7 semana post terapia neoadyuvante, esto con el fin de conocer que efecto había tenido la misma sobre la masa, antes de tomar la decisión quirúrgica.

Como se ve, no es que se haya presentado una demora injustificada en la realización de la cirugía propuesta por el oncólogo clínico, pues el coloproctólogo, que era quien debía decidirla necesitaba practicar previamente una serie de exámenes algunos de los cuales no se podían realizar de manera inmediata, pues era necesario esperar un tiempo prudente para conocer el efecto de la terapia neoadyuvante antes de tomar una decisión quirúrgica.

**El hecho No. 31:** Es cierto.

**El hecho No. 32:** Es cierto.

**El hecho No. 33:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente destacar, como se explicó al dar respuesta al hecho número 27, el coloproctólogo **MULETT VASQUEZ**, antes de definir si el paciente era tributario a cirugía para la extracción de la masa, ordenó la práctica de unos exámenes, uno de los cuales debía practicarse entre la semana 6 y 7 post terapia quimio y radio, para establecer su efecto sobre la lesión.

No obstante lo anterior, el coloproctólogo del Hospital San Marcos consideró oportuno realizar el procedimiento quirúrgico, para lo cual ordenó paraclínicos con el fin de programarlo, pero como se advierte al folio 112 del

expediente físico, el día 24 de abril de 2015, "Paciente que decide firmar retiro voluntario se le explican los riesgos y complicaciones de acuerdo a su patología pero aun así firma".

**El hecho No. 34:** Es parcialmente cierto, pues en la nota del 19 de mayo de 2015, la médica general no manifestó que el paciente presentara un cuadro de estreñimiento severo.

De otro lado, tampoco es cierto que el especialista que practicó la colonoscopia realizada el 15 de abril de 2015, hubiera consignado que el paciente tenía pendiente una dilatación rectal al terminar la terapia neoadyuvante pues lo que se advierte en el reporte de ese examen es que la referida dilatación solo se realice en caso de obstrucción.

Finalmente, sobre el contenido de esta nota también conviene resaltar que el paciente vuelve a firmar su alta voluntaria para asistir a una cita que tenía al día siguiente en el hospital Santa Sofía

**El hecho No. 35:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- No es cierto que la nota médica documente la demora en la autorización, programación y efectiva realización de la cirugía para reseca la masa del recto del paciente.
- En concepto del coloproctólogo **MULETT VASQUEZ**, antes de definir si el paciente era tributario a cirugía para la extracción de la masa, era necesaria la práctica de unos exámenes, uno de los cuales debía practicarse entre la semana 6 y 7 post terapia quimio y radio, para establecer su efecto sobre la lesión, tal y como se dejó analizado al dar respuesta al hecho 27.
- En lo que hace referencia al traslado en ambulancia del paciente al Hospital Santa Sofía a una cita con un especialista, es menester advertir que no existe evidencia en la nota que el señor **CASTRILLON**

**SANCHEZ**, hubiera solicitado la prestación de este servicio a la entidad, pues en la nota simplemente se indica que firmó su alta voluntaria para acudir a la misma.

**El hecho No. 36:** Es cierto.

**El hecho No. 37:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- Como se explicó al dar respuesta al hecho 27, el coloproctólogo **MULETT VASQUEZ** antes de definir la viabilidad de realizar el procedimiento quirúrgico de resección de la masa, dispuso la práctica de varios exámenes, uno de los cuales debía llevarse a cabo entre la semana 6 y 7 post terapia neoadyuvante, época para la cual, se podía saber si la misma había logrado el cometido de disminuir el tamaño de la masa.
- La cirugía llevada a cabo en el Hospital Santa Sofía, no se realizó para retirar la lesión neoplásica en el recto, si no por el riesgo que corría ante la obstrucción intestinal que presentaba en ese momento.
- En este caso no es cierto que se pudiera prever que el paciente fuera a presentar un gran número de lesiones metastásicas a distancia, pues dentro de los objetivos de la terapia neoadyuvante, se encontraba tratar de evitar que así sucediera, pero desafortunadamente no ocurrió de esa manera, lo que habla de la agresividad del cáncer padecido por el señor **CASTRILLON SANCHEZ**

**El hecho No. 38:** Es cierto.

**El hecho No. 39:** Toda vez que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 40:** Es cierto.

**El hecho No. 41:** Es cierto

**El hecho No. 42:** A pesar que no se trata de un hecho sino de unas conclusiones personales del apoderado de los accionantes, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto, resulta conveniente formular los siguientes comentarios:

- Como se ha venido explicando a lo largo de la presente contestación, luego que en el mes de enero de 2015 fue detectada la lesión maligna se le empezaron a realizar al paciente una serie de exámenes para efectos de establecer su avance, luego de lo cual, se determinó que era mejor someterlo inicialmente a terapia neoadyuvante, antes de la cirugía, por cuanto la literatura médica ha encontrado lo siguiente, tal y como lo expuso en su nota médica el cirujano **JUAN CARLOS MARIN MARMOLEJO**:

“Algunos estudios muestran mayor tendencia a la sobrevida en el grupo con quimio y radio previas además menor posibilidad de recidiva pélvica e inclusive control total de tumor o erradicación local en algunos casos”

Luego que terminaron la quimio y la radio, el paciente fue remitido al cirujano coloproctólogo para que definiera la cirugía de resección de la masa, y éste consideró que era menester practicar unos exámenes previos, entre ellos una TAC abdominopélvica para establecer el estado de la lesión en el hígado, así como una colonoscopia a practicarse entre las semanas 6 y 7 post terapia neoadyuvante, época en la cual se puede apreciar de mejor manera el impacto que la misma tuvo sobre la masa, esto es, si había disminuido de tamaño, para así disponer su extracción, pero desafortunadamente, el tratamiento no tuvo el efecto esperado, generándose una obstrucción intestinal que obligó a la realización de urgencia de una cirugía.

- No es cierto que el procedimiento quirúrgico hubiera sido ordenado desde el mes de enero de 2015, pues de ello no da cuenta la historia clínica.
- Recordemos el cirujano general **MARIN MARMOLEJO** y el Oncólogo

que lo atendió por primera vez en Oncólogos del Occidente, consideraron que era pertinente primero adelantar la terapia neoadyuvante.

- A la finalización de la referida terapia el 11 de marzo de 2015, el oncólogo remitió al paciente al coloproctólogo para que fuera éste quien definiera en ese momento la resección de la masa, pero como se expuso al dar respuesta al hecho 27, el especialista consideró que era menester practicar previamente varios exámenes para efectos de establecer el avance de la enfermedad, y mientras esto ocurría, el paciente presentó una obstrucción intestinal que obligó a la realización de la cirugía que le fue practicada el 23 de mayo en la que se pudo apreciar que la terapia no había cumplido su cometido, pues ya presentaba metástasis en cuello e hígado.

**El hecho No. 43:** Es cierto de conformidad con la historia clínica.

**El hecho No. 44:** Toda vez que no se trata de un hecho sino de unas apreciaciones personales del apoderado de los accionantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 45:** Es cierto, así consta en la copia de la sentencia del fallo de tutela proferido por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Manizales el día 3 de julio de 2015.

**El hecho No. 46:** Toda vez que no se trata de un hecho sino de un comentario personal del apoderado de los accionantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 47:** Es cierto, así consta en la historia clínica

**El hecho No. 48:** Toda vez que no se trata de un hecho sino de un comentario personal del apoderado de los accionantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto

**El hecho No. 49:** No me consta, pues de ello no hay evidencia en el cartulario

**El hecho No. 50:** No me consta, pues de ello no hay evidencia en el

cartulario

**El hecho No. 51:** La primera parte del hecho es cierta, de conformidad con el reporte del PET/CT.

Como la última parte no es un hecho sino una apreciación personal del apoderado de los actores, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 52:** Es cierto, salvo el apartado en el que se indica que el paciente estaba presentando deposiciones diarreicas por la colostomía, pues como se aprecia en la nota, lo que consignó el especialista fue lo siguiente:

“La colostomía funciona bien pero está con diarrea”

**El hecho No. 53:** Es cierto, así consta en la historia clínica, en la que además se indica que debe continuar con clínica del dolor y recuperación nutricional continua, se ordena la práctica de un examen para definir esquema de rescate a futuro, se inicia quimioterapia de rescate y se remite a radio-oncología para considerar radioterapia en la zona del cuello, todo ello en procura de mejorar su calidad de vida

**El hecho No. 54:** Como la primera parte del hecho contiene conclusiones personales del apoderado de los accionantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

La última parte, referente al manejo definido por el especialista, es cierta

**El hecho No. 55:** No me consta, pues no reposa en la historia clínica la referida valoración en Oncólogos del Occidente.

**El hecho No. 56:** La primera parte del hecho es cierta, pues así consta en la historia clínica, y como la última parte no es un hecho sino una apreciación del apoderado de los demandantes, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 57:** Es cierto, así consta en la historia clínica, en la que además

la nutricionista considera los siguientes:

Diagnóstico 1: Desnutrición proteicoenergética leve

Diagnóstico 2: Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados

**El hecho No. 58:** Es cierto, así consta en la historia clínica

**El hecho No. 59:** Es cierto, así consta en la historia clínica

**El hecho No. 60:** Es cierto.

**El hecho No. 61:** No se trata de un hecho, por lo que me encuentro relevada de pronunciarme al respecto.

**El hecho No. 62:** No me consta y por ello deberá acreditarse. No obstante lo anterior, y en lo que hace referencia a las sumas de dinero que se reclaman a favor de cada uno de los accionantes, es menester precisar que el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria no ha llegado a los topes indemnizatorios reclamados

**El hecho No. 63:** No me consta y por ello deberá acreditarse. Adicionalmente, los órganos de cierre no reconocen este tipo de perjuicio en favor de personas diferentes a la directamente afectada

**El hecho No. 64:** Como no se trata de un hecho, me encuentro relevada de pronunciarme al respecto

**El hecho No. 65:** Es cierto.

## **PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL PETITUM DE LA DEMANDA**

Nos oponemos a la prosperidad de todas y cada una de las pretensiones por las razones que se indicaron al dar respuesta a los fundamentos fácticos del libelo genitor, así como las que se señalarán al momento de formular los medios exceptivos.

## EXCEPCIONES DE FONDO:

### AUSENCIA DE CULPA DEL ESPECIALISTA SIGIFREDO FRANCO MARIN

Se funda este medio exceptivo en los siguientes aspectos:

1.- Como se dejó analizado al pronunciarnos sobre los hechos de la demanda, el señor **JOSE DANILO CASTRILLON SANCHEZ**, consultó los días 4 y 22 de agosto de 2014 en el hospital San Marcos con un cuadro de estreñimiento y deposición con sangre con dos meses de evolución, y como no presentó mejoría con los medicamentos que le fueron recomendados, se ordenó su valoración por la especialidad de gastroenterología

2.- Fue así como el día 08 de septiembre de 2014, fue valorado por el Dr. **FRANCO MARIN**, quien de inmediato le ordenó la práctica de una rectosigmoidoscopia, **indicándole el manejo médico, higiénico y dietético para su correcta realización, y adicionalmente le señaló al paciente que debía pedir control nuevamente con él, con el reporte del resultado de la prueba.**

Para confirmar que el manejo dado al paciente era el adecuado pues, este examen es el que los protocolos médicos tienen establecido para el correcto diagnóstico de patologías que se presentan en el recto, conviene traer el caso el siguiente apartado de un artículo médico, veamos:

#### ***“ Rectoscopia rígida***

Se considera el método más confiable para la evaluación de un tumor rectal ya que permite, además de la visión directa y toma de biopsias para confirmación anatomopatológica, evaluar la distancia del tumor al margen anal. Existe una discrepancia al comparar la ubicación del tumor entre la rectoscopia rígida y la colonoscopia flexible. Al respecto, se ha observado que el manejo terapéutico habría variado en un 4-25% de los pacientes si la rectoscopia rígida hubiese sido el *gold estándar* para determinar la ubicación del tumor. Por tanto, la ubicación de los tumores de recto se hace en base a la medición con rectoscopia rígida”

**3.-** El día 18 de septiembre siguiente, el especialista le practicó la rectosigmoidoscopia, advirtiéndole que el paciente no había hecho una adecuada preparación del examen, pues se encontró con la presencia de materia fecal. No obstante lo anterior, logró introducir la sonda hasta 15 cm, pudiendo apreciar que **no se encontraban alteraciones en la mucosa proximal y a nivel distal encontró una laceración posterior y superficial aguda a nivel anterior, que era plenamente compatible con el estreñimiento que refería el paciente**

Pero adicionalmente, el especialista también le practicó **un tacto rectal y no palpó masas**. Así las cosas, y como el gastroenterólogo no advirtió de la presencia de masas y la laceración era superficial en el contexto de un paciente con estreñimiento, no tomó biopsias

Respecto de lo acontecido durante este examen, conviene llamar la atención sobre los siguientes aspectos:

- Si para esta época era evidente la masa que finalmente presentó el paciente, el especialista no habría podido introducir la sonda hasta 15 cm, por cuanto la masa estaba localizada entre los 7 y los 5 cms desde el reborde anal, tal y como quedó consignado en su orden, en la colonoscopia practicada el 2 de enero de 2015 y en la ultrasonografía endoscópica del día 14 de enero del 2015
- De la misma manera, durante el tacto rectal que le practicó al paciente, habría podido percibir la presencia de la lesión, si se tiene en cuenta por ejemplo, que la especialista que le practicó la ultrasonografía endoscópica del día 14 de enero del 2015, consignó lo siguiente en su nota:

“TACTO RECTAL: **A 5 cm del reborde anal se palpa masa** pétreo adherida firmemente a los planos profundos. No se delimita el borde proximal” (destacamos)

Esto es, por su ubicación, podía palparse en un tacto anal

Al respecto también conviene recordar que cuando el señor **JOSE DANILO CASTRILLON MARIN** consultó el 22 de agosto de 2014, el médico general Jaime León Gallego le practicó un tacto rectal en el

que encontró que el ano y el recto eran normales y que no existía sangrado rectal en ese momento. Como se ve, se trató de dos examinadores diferentes que no percibieron ninguna masa en esas calendas

- Como se aprecia en el reporte de la rectosigmoidoscopia, la conducta definida por el especialista consistió en "**CONTROL POR CONSULTA EXTERNA GASTROENTEROLOGÍA**" (resaltamos). Lo anterior, por cuanto se trata de unos momentos y unos escenarios muy diferentes, uno, el consultorio en el que atiende el médico, en el que se debe tomar su tiempo interrogando al paciente, examinándolo y explicándole el plan a seguir, y otro muy diferente es el escenario de la práctica de ayudas diagnósticas, en el que los tiempos son muy limitados, pues el especialista tiene una programación previa para la práctica de varios exámenes a personas que acuden en ayunas para la adecuada práctica de la rectosigmoidoscopia. Ello sin olvidar que este tipo de ayuda diagnóstica se practica en un quirófano, todo cual redundaba en la imposibilidad que tiene el especialista de explicarle a cada paciente cuál fue el resultado de su prueba y definir en este momento el plan a seguir. Y por ello, al señor **CASTRILLON SANCHEZ** se le advirtió no solo en la consulta en la que le fue ordenado el examen, sino a la finalización del mismo, que debía acudir al control para analizar el plan a seguir

Sería entonces en ese control, en el que el codemandado iría a ordenar la práctica de otros exámenes tales como Rx o una colonoscopia o incluso repetir la rectosigmoidoscopia, en procura de establecer el diagnóstico del paciente, quien presentaba persistencia de síntomas no obstante los tratamientos que le habían sido ordenados, pero desafortunadamente el paciente no gestionó ese control. En efecto, como se aprecia en la historia clínica, la próxima vez que asistió a control con el Dr. **SIGIFREDO FRANCO**, fue el 12 de marzo de 2015, época para la, cual ya se había establecido el diagnóstico

Así las cosas, qué culpa puede caberle a un especialista que **ordenó el examen que está indicado por los protocolos médicos para el diagnóstico de este tipo de patologías, cuando el paciente no acata las instrucciones para la preparación del examen y tampoco vuelve**

**a asistir al control que le fue ordenado por él en dos oportunidades,** en el que se definiría el plan a seguir para efectos de establecer su diagnóstico?

- Finalmente recordemos que hasta esta calenda (18 de septiembre de 2014), el paciente no había informado acerca de una pérdida de peso (que solo vino a ser informada en el mes de enero de 2015), ni de sus antecedentes familiares, y tampoco se le palpaban masas rectales o adenopatías en el cuello

Ahora bien, si en sentir del apoderado de los accionantes, la culpa que se pretende deducir respecto del Dr. **FRANCO MARIN**, se encuentra entre otras cosas en un error en el diagnóstico, conviene traer al caso los siguientes apartados de la sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, el 26 de noviembre de 2010, Radicación 11001-31-03-013-1999-08667-01, Magistrado Ponente Dr. Pedro Octavio Munar Cadena, en la que se hizo un análisis sobre el tema, en los siguientes términos:

“Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe **afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas**, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual **para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.**

En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad;** vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, solo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán

lugar a imponerles la obligación de reparar los daños que con un equivocado diagnóstico ocasionen.

(...)

**Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o de las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.**

(...)

De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

**En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico."**  
(destacamos)

Siendo así las cosas, es claro que otro médico puesto en las mismas condiciones habría actuado de igual manera, esto es, habría ordenado exámenes para establecer el diagnóstico, con la confianza que el paciente acataría sus instrucciones y regresaría a control, para definir el siguiente paso a seguir

## **INCUMPLIMIENTO DE LOS DEBERES A CARGO DEL SEÑOR JOSE DANILO CASTRILLON SANCHEZ**

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud, y a nivel nacional el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la Superintendencia Nacional de Salud, tienen consagrados una serie de deberes a cargo de los pacientes, los cuales deben ser acatados por ellos, en orden a que el personal de la salud pueda establecer el correcto diagnóstico, y así pueda

definir el tratamiento adecuado de sus patologías. Esto es, en la recuperación o preservación de la salud y la vida de los pacientes, tanto el personal médico como los pacientes, están en la obligación de cumplir con los deberes a su cargo, y dentro de esos deberes a cargo de los pacientes se encuentran los siguientes, los cuales pueden ser consultados en la página virtual de la Supersalud:

- Cuidar de su salud, la de su familia y la de su comunidad
- Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de la salud que lo atiendan

En consonancia con lo anterior, cada EPS está en la obligación de establecer los deberes a cargo de sus afiliados, y es por ello que en el caso concreto de los afiliados bajo el régimen subsidiado de SALUDVIDA, se encuentran entre otros los siguientes:

- 1.- Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad
- 2.- Atender oportunamente las recomendaciones formuladas por el personal de salud y las recibidas en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Siendo así las cosas, en el caso que nos concierne, se aprecia un claro incumplimiento de los deberes a cargo del señor **JOSE DANILO CASTRILLON SANCHEZ**, en la medida que además de no haber acatado las instrucciones que se le dieron para la correcta realización de la rectosigmoidoscopia, no gestionó la valoración con el **Dr. FRANCO MARIN** con el reporte del examen, tal y como se le había advertido en la consulta del 8 de septiembre y después de la realización del examen, el 18 del mismo mes. Ello sin contar con que cuando acudió al Hospital San Marcos el 28 de octubre de 2014, también se le advirtió que tenía pendiente el control con la especialidad de gastroenterología, para definir su manejo, pero nunca lo hizo

### **INEXISTENCIA DE LOS PRESUPUESTOS SOBRE LOS QUE DESCANSA LA RESPONSABILIDAD MEDICA**

En el presente caso no se cumple con el tríptico sobre el que descansa la responsabilidad, veamos:

#### **1. DEL DAÑO:**

Se encuentra materializado con el deceso del señor **CASTRILLON SANCHEZ**

## **2. UNA ACCIÓN U OMISIÓN ATRIBUIBLE AL PERSONAL MEDICO QUE PRESTÓ LA ATENCIÓN:**

En este caso es claro que el gastroenterólogo **SIGIFREDO FRANCO MARIN** no incurrió en ninguna de las modalidades de culpa, toda vez que la atención que le brindó al usuario del servicio, se hizo conforme a lo definido por los protocolos médicos y los esquemas implementados por las instituciones para la prestación de cada uno de los servicios: consulta externa y práctica de exámenes

## **3. DE NEXO CAUSAL:**

Para el tratadista Isidoro Goldemberg, el Nexo Causal es

**“el enlace material entre un hecho antecedente y un resultado (...)”.**

Al no existir culpa en la actuación del especialista, tampoco puede predicarse la existencia de este requisito

Sumado a lo anterior, está a cargo de los accionantes la carga de la prueba para la demostración de los requisitos en comento, y en especial del nexo causal. Sobre este tema se ha pronunciado el Honorable Consejo de Estado, entre otras sentencias, en la calendada el 22 de mayo de 2001, Exp. 13284, en la que se precisó lo siguiente:

*“Se observa, conforme a lo anterior, que, tratándose de la relación de causalidad, no se plantea la inversión –ni siquiera eventual– del deber probatorio, que sigue estando, en todos los casos, en cabeza del demandante. No se encuentra razón suficiente para aplicar, en tales situaciones, el citado principio de las cargas probatorias dinámicas. Se acepta, sin embargo, que la demostración de la causalidad se realice de manera indiciaria, siempre que, dadas las circunstancias del caso, resulte muy difícil –si no imposible– para el demandante, la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar”.*

**CUMPLIMIENTO ADECUADO DE LAS OBLIGACIONES A CARGO DEL GASTROENTEROLOGO SIGIFREDO FRANCO MARIN:**

Tal y como se desprende de la historia clínica del paciente, la atención brindada estuvo ajustada a los protocolos médicos, pues luego de valorar al paciente en la consulta del 8 de septiembre de 2014, le ordenó una rectosigmoidoscopia para establecer el diagnóstico, luego de lo cual, le ordenó al paciente que volviera a la consulta para definir el plan a seguir, pero desafortunadamente el paciente no lo hizo, pues la próxima valoración con este especialista data del 12 de marzo de 2015, cuando ya se le había diagnosticado el cáncer de recto

De otro lado, no puede perderse de vista que el cáncer padecido por el paciente resultó ser muy agresivo, pues presentó metástasis a distancia en unos pocos días y fue refractario al tratamiento neoadyuvante que le fue practicado, lo que en todo caso está asociado **a las condiciones inherentes al organismo del paciente, lo que constituye un álea de la medicina que no puede comprometer la responsabilidad de los médicos tratantes**

Se dice lo anterior por cuanto muchos pacientes con enfermedad de este tipo, tras un tiempo en tratamiento sistémico con quimio y radioterapia, pueden convertirse en pacientes con enfermedad resecable, tanto del tumor primario, como de las metástasis, lo que incide de una forma muy importante en sus posibilidades de supervivencia

De otro lado, y en lo que hace referencia a la responsabilidad médica, no puede olvidarse que las obligaciones a cargo de los médicos son de medio y no de resultado, y en ella se deben analizar los deberes y obligaciones a cargo del personal médico.

En estos eventos la obligación del personal médico se circunscribe a:

- a) Poner sus conocimientos, preparación y experiencia al servicio del paciente
- b) Elaborar correctamente la historia clínica
- c) Mantener el secreto profesional
- d) Utilizar procedimientos y tratamientos autorizados por la Lex Artis.

Descendiendo al caso sometido a estudio, son precisamente estas obligaciones las que se destacan como cumplidas.

## **RECLAMACION EXCESIVA E INDEBIDA DE PERJUICIOS**

En el improbable evento que llegue a proferirse una sentencia condenatoria, le ruego al señor Juez tener en cuenta, los siguientes aspectos de cara a los perjuicios que se exoran con la demanda:

- Los perjuicios se están reclamando en unos importes a los que no ha llegado el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria
- Los órganos de cierre, han establecido que los daños a la vida de relación, solo se reconocen en favor de la víctima directa y no de las de rebote como acontece en el caso de la especie.

Ejemplo de ello, son la sentencia e unificación de los perjuicios extrapatrimoniales del 28 de agosto proferida por el Consejo de estado, y la sentencia SC 9193 de 2017 proferida por la Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil, Magistrado Ponente Ariel Salazar Ramírez

### **EXCEPCIÓN GENÉRICA:**

A la luz de lo establecido en el artículo 282 del CGP, le ruego al Señor Juez declarar probadas oficiosamente, las excepciones que se llegaren a probar dentro del proceso y que no hubieran sido formuladas por las partes

### **PRUEBAS**

#### **Documental:**

La historia clínica que obra en el expediente

### **INTERROGATORIO DE PARTE**

El cual formularé a los demandantes, al momento en que se lleve a cabo la audiencia de la que trata el artículo 372 del CGP

### **NOTIFICACIONES:**

A las partes, las señaladas en la demanda

Las personales las recibiré al correo electrónico [claudiaarango@asesorajuridica.com](mailto:claudiaarango@asesorajuridica.com) o en la carrera 24 No. 22-02 Edificio Plaza Centro oficina 1102 de Manizales. Teléfonos 8804595 y 8721958

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Claudia Marcela Arango Henao". The signature is fluid and cursive, with the first name "Claudia" being the most prominent.

**CLAUDIA MARCELA ARANGO HENAO**

T.P No. 69050 del CSJ



