

REPÚBLICA DE COLOMBIA**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.
SALA CIVIL**

Magistrada Ponente

MARÍA PATRICIA CRUZ MIRANDA

Bogotá D.C., veinticuatro (24) de junio de dos mil veinticuatro (2024)

Asunto: Proceso verbal de César Enrique Vergara Tovar, Gloria Stella Pachón Santana y Sindy Vanesa Vergara Pachón contra Caja de Compensación Familiar Compensar y Hospital Universitario Clínica San Rafael. Rad. 037-2021-00224-01.

Sentencia escrita de conformidad con lo autorizado por el artículo 12 de la Ley 2213 de 2022, cuyo proyecto se discutió en varias sesiones y aprobó en la de 19 de junio de 2024, según acta 26 de la misma fecha.

Se resuelve el recurso de apelación que promovió la parte demandante contra la sentencia de 11 de diciembre de 2023, que emitió el Juzgado Treinta y Siete Civil del Circuito de Bogotá.

I. ANTECEDENTES

1. César Enrique Vergara Tovar, Gloria Stella Pachón Santana y Sindy Vanesa Vergara Pachón demandaron a la Caja de Compensación Familiar Compensar y al Hospital Universitario Clínica San Rafael para que se declare que son “civil y patrimonialmente responsables” por los perjuicios materiales y morales que padecieron a causa de “la mala praxis médica y la falla en el proceso de atención médica” que recibió el primero de los actores mencionados.

En consecuencia, solicitaron que se emitan las siguientes condenas en contra de las citadas: *i*) en favor de César Enrique Vergara Tovar, 50 S.M.M.L.V. por lucro cesante, \$10'000.000 por daño emergente, 100 S.M.M.L.V. por daño moral y 300 S.M.M.L.V. por daño a la salud; *ii*) en favor

de Gloria Stella Pachón Santana 100 S.M.M.L.V. por daño moral, y; *iii*) en favor de Sindy Vanesa Vergara Pachón 100 S.M.M.L.V. por daño moral¹.

2. Las pretensiones se sustentaron en los siguientes hechos:

En septiembre de 2012, César Enrique Vergara Tovar padeció un “evento súbito coronario”. Debido a este incidente, requirió el implante de una prótesis tipo “stent”, porque tenía “una fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 30%”, y necesitó de un desfibrilador por “el riesgo que tiene de una muerte súbita”; además, fue medicado con el anticoagulante “WARFARINA”. Por tales hechos fue calificado con un 53% de la pérdida de la capacidad laboral, y obtuvo una pensión.

El 2 de marzo de 2018, en horas de la mañana, percibió una sensación de adormecimiento y dolor en su miembro superior izquierdo, motivo por el que acudió al servicio de urgencias del Hospital Universitario Clínica San Rafael, a donde llegó a las 4:15 p.m.

En tal lugar, los médicos descartaron “el evento coronario”, y la doctora Lina Maritza Pacheco ordenó la aplicación del analgésico “tramadol” por vía intramuscular. No obstante, la facultativa, los enfermeros, sus auxiliares y el personal de la farmacia no se percataron de que aquel medicamento “está contraindicado de manera absoluta por razón de su condición de anticoagulación”.

El paciente permaneció cuatro días en urgencias, y el 8 de mayo recibió el diagnóstico de “hematoma intramuscular posterior a aplicación de inyección intramuscular, al examen físico con el pie caído...”, y se concluyó: “[e]studio anormal compatible con lesión axonal completa de nervio ciático poplíteo común derecho con signos de denervación aguda, sin signos de reinervación”.

Después de tal día su salud se ha deteriorado, tiene impedimentos “en su movilidad articular”, ha disminuido el trato con sus allegados y se ha vuelto dependiente de su núcleo familiar.

¹ Folio 56 en archivo “01EscritoDemandaPoderAnexos.pdf”.

El citado actor aportaba económicamente en el hogar, compuesto por su compañera, Gloria Stella Pachón Santana, y su hija, Sindy Vanesa Vergara Pachón. Percibía, además de la pensión, ingresos adicionales por \$500.000, derivados de su actividad informal en restaurantes, en los que trabajaba como mesero, y también *“haciendo mandados a sus conocidos”*².

3. El juez admitió la demanda y, luego de notificada, las citadas se opusieron.

Hospital Universitario Clínica San Rafael propuso las excepciones que tituló *“inexistencia de la prueba de la culpa como elemento esencial de la responsabilidad patrimonial”, “inexistencia de la prueba de causalidad como elemento esencial de la responsabilidad patrimonial”, “inexistencia del daño material: daño emergente”, “inexistencia de daño material: lucro cesante”, “indebida tasación de los perjuicios inmateriales”, “indebida tipología de los perjuicios inmateriales” y “prescripción”*³.

Caja de Compensación Familiar Compensar formuló las defensas *“inexistencia de una actuación culposa y/o negligente – inexistencia del primer elemento de la responsabilidad”, “inexistencia de relación causa-efecto entre la conducta de Compensar E.P.S. y el daño alegado por el demandante – inexistencia del segundo elemento de la responsabilidad”, “inexistencia de daño antijurídico – inexistencia del tercer elemento de la responsabilidad”, “teoría del ‘riesgo debido’ en la medicina – la ciencia médica es una actividad que comporta la posibilidad de existencia de riesgos que son asumidos a cambio de una posibilidad de recuperación en la salud – existencia de consentimiento informado”, “inexistencia de responsabilidad por culpa presunta del servicio – régimen de culpa probada”, “inexistencia de responsabilidad solidaria de Compensar E.P.S. – hecho exclusivo y determinante de un tercero como eximente de responsabilidad”, “improcedencia de condena por daños inmateriales ante la inexistencia de responsabilidad civil y por tratarse de daños no probados, improcedentes, hipotéticos e inciertos que exceden en veces los topes jurisprudenciales”, “improcedencia de la condena por daños materiales ante la inexistencia de responsabilidad civil y por tratarse de daños no probados, improcedentes, hipotéticos e inciertos” y “excepción genérica”*⁴.

² Ibidem.

³ Folio 10, en archivo *“11ContestacionDemanda.pdf”*.

⁴ Folio 16 en archivo *“19ContestacionDemanda.pdf”*.

Hospital Universitario Clínica San Rafael llamó en garantía a Allianz Seguros S.A., que se opuso mediante las excepciones *“inexistencia de los elementos de la responsabilidad respecto del Hospital Universitario Clínica San Rafael”, “falta de prueba de los perjuicios solicitados y excesiva tasación según los límites establecidos en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia”, “falta de cobertura de las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínica y Hospitales No. 022113329/0 y No. 022381629/0 expedidas bajo la modalidad claims made o reclamación”, y “límites a la responsabilidad de ALLIANZ SEGUROS S.A. en virtud de las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales No. 022113329/0 y No. 022381629/0”*.⁵

Así mismo, Caja de Compensación Familiar Compensar llamó en garantía a Equidad Seguros O.C., que compareció al proceso y presentó las defensas *“inexistencia de responsabilidad de Compensar E.P.S., como consecuencia del cumplimiento de las obligaciones legales que le corresponden como entidad promotora de salud”, “inexistencia de falla médica y de responsabilidad como consecuencia de la prestación y tratamiento adecuado, diligente, cuidadoso carente de culpa y realizado por el extremo pasivo”, “inexistencia de relación de causalidad entre el daño o perjuicio alegado por la parte actora y la actuación del extremo pasivo”, “improcedencia del reconocimiento del daño emergente”, “improcedencia del reconocimiento del lucro cesante”, “tasación exorbitante del daño moral”, “improcedencia del reconocimiento del daño a la salud”, “falta de legitimación en la causa por activa de la señora Gloria Stella Pachón Santana”, “inexistencia de obligación indemnizatoria, por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado en la póliza de responsabilidad civil profesional Clínicas No. AA198548”, “riesgos expresamente excluidos en la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas No. AA198584”, “sujeción a las condiciones particulares y generales del contrato de seguro, en la que se identifica la póliza AA198548, el clausulado y los amparos”, “carácter meramente indemnizatorio de revisten los contratos de seguros”, “en cualquier caso, de ninguna forma se podrá exceder el límite del valor asegurado”, “en cualquier caso, se deberá tener en cuenta el deducible pactado”, “disponibilidad del valor asegurado”, y “genérica o innominada”*.⁶

⁵ Archivo “05ContestacionAllianz20230912.pdf”, en “04CuadernoLlamamientoGaratiaClinicaSanRafaelaAllianz”.

⁶ Folio 51 en archivo “29ContestacionDemandaLlamamiento.pdf”.

4. El juzgador profirió sentencia el 11 de diciembre de 2023, donde resolvió: i) declarar probadas las excepciones propuestas por las demandadas y las llamadas en garantía; ii) negar las pretensiones de la demanda; iii) declarar terminado el proceso; y iv) condenar en costas a la parte actora⁷.

II. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El *a quo* consideró que el proceso versaba sobre “*la responsabilidad civil derivada del ejercicio de la medicina*”, donde el médico que incurra en fallas en la prestación de sus servicios, por acción u omisión, por equivocado diagnóstico o tratamiento, debe resarcir los daños que cause. Preciso que, por la naturaleza de su práctica, las obligaciones de los galenos son de medio y no de resultado.

Sostuvo que se demostró que César Enrique Vergara Tovar padecía, desde el año 2011, dolencias derivadas de un infarto en el miocardio, y que por tal motivo debía consumir el medicamento anticoagulante “*warfarina*”.

Indicó que, para cuando aquél ingresó a las instalaciones del hospital demandado, estaba bajo los efectos del alcohol y “*había dejado de consumir el anticoagulante*”, esto último también se verificó con un examen al que fue sometido, y que arrojó como resultado que “*no estaba anticoagulado*”.

Debido a lo anterior, según los peritos, el suministro del “*tramadol*” no implicaba ningún riesgo, y debía hacerse por vía intramuscular, tal y como se aplicó, y no por vía intravenosa u oral, puesto que el paciente “*tenía dificultades por su estado de embriaguez*”.

Se probó que trece días después de ese ingreso, apareció un hematoma en “*la región glútea derecha con extensión a la cara posterior del músculo*”, que afectó al nervio ciático. No obstante, lo que no se probó fue que esa lesión fuera consecuencia de “*la aplicación de la ampollita de tramadol*”.

⁷ Archivo “74ActaAudienciaPeritoAlegatosSentenciaApelación20231211.pdf”.

Concluyó que no existía evidencia de que aquella medicina estuviera contraindicada para el paciente, tampoco de que la aguja de la inyección hubiera tocado el nervio. Uno de los peritos adujo que el hematoma fue “espontáneo”, y otro que el paciente tenía una condición especial “*que lo hace susceptible de esa clase de coágulos*”, que incluso ya había tenido en otras regiones de su cuerpo. Tampoco se estableció “*la relación directa entre el hematoma y la lesión del nervio ciático*”.

III. DEL RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandante apeló. Sostuvo que el juez no valoró adecuadamente las pruebas, tales como la historia clínica, los testimonios técnicos, y los dictámenes periciales, en particular, el que dicho extremo aportó. Con tales evidencias se demostró que el daño al nervio ciático fue posterior al ingreso del paciente a urgencias “*y justo antes de que se le diera salida*”, y no se estableció “*otro factor causante del daño diferente al sangrado por la inyección intramuscular aplicada el primer día*”. El juzgador le dio crédito a la hipótesis de un hematoma “*que llegó de la nada y se generó espontáneamente*”.

Se probó, también, que la parte demandada no aplicó “*las normas de política institucional de seguridad del paciente recomendadas por el Ministerio de Salud*”.

Contrario a lo que afirmó el *a quo*, el paciente siempre estuvo alerta, por lo que no es cierto que no se le podían suministrar medicamentos por vía oral o intravenosa.

La demandada Compensar E.P.S no aportó la historia clínica del actor, en la que constan sus tratamientos anteriores, y que “*hubieran dado cuenta... de la adherencia o no al tratamiento y... del valor del INR en el tiempo*”.

Quedó demostrada la relación causa-efecto entre la aplicación de la inyección y el daño al nervio, tal y como lo corroboró uno de los médicos que testificó, y lo que otro dejó consignado en la historia clínica. Así mismo, quedó claro que la lesión se pudo generar por “*compresión*”, y pudo ser consecuencia del hematoma que generó la ampolla.

Al actor le aplicaron un medicamento que “no era vital para el cuadro clínico que presentaba”, y menos por vía intramuscular, debido a que por su estado de embriaguez “aumentaba su riesgo de sangrado”.

IV. CONSIDERACIONES

1. No admiten reparo los denominados presupuestos procesales, sobre el entendido que quienes acudieron a la *litis* por activa y pasiva ostentan capacidad procesal, la demanda fue debidamente presentada y tramitada por el Juez competente, lo que, aunado a la ausencia de vicio con idoneidad anulatoria, permite proferir la decisión de fondo que de esta Corporación se requiere.

2. Tratándose de la responsabilidad médica, contractual o extracontractual, compete al interesado, en línea de principio, probar el comportamiento culpable⁸ del galeno en la medida que éste en su ejercicio profesional en modo alguno asume compromisos distintos a los de desplegar todos los esfuerzos que se encuentren a su alcance con miras a tratar la dolencia de la que pueda ser objeto la salud de su paciente, es decir, su deber jurídico versa sobre la prestación de una asistencia profesional tendiente a lograr la mejoría del enfermo, sin que con ello comporte una obligación de resultado.

Sobre este tema, la jurisprudencia (C.S.J., SC-174 de 2002) ha precisado, que: “...la responsabilidad civil de los médicos (contractual o extracontractual) está regida en la legislación patria por el criterio de la culpa probada, salvo cuando se asume una expresa obligación de sanación y ésta se incumple, cual sucede, por ejemplo, con las obligaciones llamadas de resultado; criterio reiterado en términos generales por la Sala en su fallo de 30 de enero de 2001 (Exp. N° 5507)”.

Para mayor claridad, y con miras a establecer la carga probatoria en asuntos de esa índole, resulta importante tener en cuenta que a excepción

⁸ Al respecto, es pertinente aclarar que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, consideró que la responsabilidad por la actividad del galeno, a pesar de crear riesgos, no podía ser equiparada como una actividad peligrosa. En efecto, dicha Corporación indicó que “el acto médico y quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero éste, al contrario de lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha signado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tiene fundamentos éticos, científicos y de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesario para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no sólo por el principio de solidaridad social que como deber ciudadano impone el artículo 95 de la Constitución, sino particularmente, por las “implicaciones humanísticas que le son inherentes”, al ejercicio de la medicina (...)”. Cas. Civ. de 30 de enero de 2001, Exp.5507

de que el médico tratante se comprometa u obligue a una expresa “sanación”, la relación de asistencia en salud, también conforme al contenido del artículo 104 de la Ley 1438 de 2011⁹, genera una “obligación de medio” y no de resultado, por cuanto:

“(…) Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

Como tiene explicado la Corte, “(…) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado”

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es el mismo. En las obligaciones de medio, le basta demostrar debida diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al presumirse la culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero. (...)

La diferencia entre obligaciones de medio y de resultado, por tanto, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa contractual médica y su prueba, sin perjuicio, claro está, de otras reglas de morigeración, cual ocurre en los casos de una evidente dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, todo según las circunstancias en causa, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso”¹⁰.

En tanto que las instituciones de salud se obligan a poner a disposición del paciente no solo el personal idóneo, sino además, a suministrar materiales y productos exentos de vicios, es decir, tiene una obligación de seguridad que conlleva a que eventualmente también deban responder en forma solidaria por las culpas en que incurra el personal que para el desarrollo de su actividad utilice, en razón a que como de antaño lo ha considerado la Corte Suprema de Justicia “las normas sobre responsabilidad médica se aplican a las Clínicas”¹¹.

⁹ Acto propio de los profesionales de la salud. Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional. (se subraya)

¹⁰ C.S.J. Cas. Civ. SC7110-2017 Rad.12-2006-00234-01 24 de agosto de 2017.

¹¹ C.S.J. Cas. Civ. Sent Oct.14/59 Gaceta XCI 764

3. Establecido lo anterior, procederá la Sala a determinar si en este caso se demostraron estos presupuestos de la responsabilidad médica, es decir, si se acreditó el daño, la culpa y el nexo causal.

3.1. **Daño.** Conforme a la jurisprudencia, el daño “[e]n términos generales... es una modificación de la realidad que consiste en el desmejoramiento o pérdida de las condiciones en las que se hallaba una persona o cosa por la acción de las fuerzas de la naturaleza o del hombre. Pero desde el punto de vista jurídico, significa la vulneración de un interés tutelado por el ordenamiento legal, a consecuencia de una acción u omisión humana, que repercute en una lesión a bienes como el patrimonio o la integridad personal, y frente al cual se impone una reacción a manera de reparación o, al menos, de satisfacción o consuelo cuando no es posible conseguir la desaparición del agravio”¹².

En este caso, en la demanda se alegó que César Enrique Vergara Tovar, a causa de la atención médica que le brindaron las demandadas, padeció una lesión en su nervio ciático, que le dejó la secuela “*pie caído*”.

La existencia del daño se demostró en el expediente. En las “*evoluciones*” que elaboró el Hospital Universitario Clínica San Rafael, se dejó constancia que el 20 de marzo de 2018, el paciente presentaba “*dolor y edema de miembro inferior derecho*”, posterior a “*hematoma extenso en región glútea derecha*”. También se refirió una “*pérdida de fuerza con imposibilidad para la planti y dorsi flexión*”, y “*hematoma con neuropraxia del ciático, en miembro inferior derecho*”¹³.

Así mismo, la demandada Compensar E.P.S. consignó en la historia clínica, el 10 de abril de 2018, que el demandante “*se transporta en silla de ruedas por limitación funcional en miembro inferior derecho*”, e indicó que existía “*cuadro de tromboflebitis en miembro inferior derecho con limitación funcional*”¹⁴.

También, en el año 2021, la aludida demandada refirió como “*enfermedad actual*” del actor, entre otras, la “*lesión axonal completa de*

¹² CSJ, Cas. Civ. Sent. SC10297-2014 de Ago/5 de 2014, exp. 11001-31-03-003-2003-00660-01.

¹³ Folio 56, en archivo “*EVOLUCIONES 02-03-2018.pdf*”.

¹⁴ Folio 3 en archivo “*Medicina amiliar 10 bril 2018.pdf*”.

*nervio ciático poplíteo común derecho con signos de deervación aguda sin signos de reinervación*¹⁵.

Es decir, la presencia de esta secuela quedó suficientemente acreditada. Es más, fue un tema pacífico del proceso, puesto que las entidades citadas no negaron que tal resultado se produjo, sino que se resistieron a aceptar que éste tuviese como fuente una conducta culposa suya.

3.2. Culpa. Como ya se reseñó, tratándose de la responsabilidad médica, contractual o extracontractual, compete al interesado, en línea de principio, probar el comportamiento culpable¹⁶ del galeno, en la medida que éste, en su ejercicio profesional, en modo alguno asume compromisos distintos a los de desplegar todos los esfuerzos que se encuentren a su alcance con miras a tratar la dolencia de la que pueda ser objeto la salud de su paciente.

Con el propósito de establecer si este elemento se acreditó, corresponde precisar que en el proceso se demostraron los siguientes hechos:

César Enrique Vergara Tovar acudió al Hospital Universitario San Rafael el 2 de marzo de 2018, a las 16:15. Llegó consciente y por sus propios medios. Manifestó tener dormidos el brazo y la pierna izquierda. Refirió que usaba marcapasos, que el dolor tenía una evolución de 8 horas, y que empezó luego de que ingirió licor.

La galena que lo atendió en urgencias dejó constancia de que el paciente estaba *“en estado de alicoramiento”*, y de que *“no obedece ordenes médicas”*¹⁷. Refirió la existencia de coloración *“cinótica en pies”* (sic). Indicó que consumía *“carvedilol”*, *“espironolactona”*, *“enalapril maleato”*, *“atorvastatina”*, *“acetaminofen”*, *“omeprazol”*, *“ácido acetil salicílico”*,

¹⁵ Folio 1 en archivo *“Med Interna 10 junio 2021.pdf”*.

¹⁶ *Al respecto, es pertinente aclarar que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, consideró que la responsabilidad por la actividad del galeno, a pesar de crear riesgos, no podía ser equiparada como una actividad peligrosa. En efecto, dicha Corporación indicó que “el acto médico y quirúrgico muchas veces comporta un riesgo, pero éste, al contrario de lo que sucede con la mayoría de las conductas que la jurisprudencia ha signado como actividades peligrosas en consideración al potencial riesgo que generan y al estado de indefensión en que se colocan los asociados, tiene fundamentos éticos, científicos y de solidaridad que lo justifican y lo proponen ontológica y razonablemente necesario para el bienestar del paciente, y si se quiere legalmente imperativo para quien ha sido capacitado como profesional de la medicina, no sólo por el principio de solidaridad social que como deber ciudadano impone el artículo 95 de la Constitución, sino particularmente, por las “implicaciones humanísticas que le son inherentes”, al ejercicio de la medicina (...)”.* Cas. Civ. de 30 de enero de 2001, Exp.5507.

¹⁷ Folio 20 en archivo *“01EscritoDemandaPoderAnexos.pdf”*.

“ranitidina”, “heparina”, “beta metil digoxina”, “warfarina”, “naproxeno”, “tramadol”, “sodio cloruro”, “lactulosa”, “metoclopramida” y “clopidrogel”.

Consignó, también, que padecía de equimosis en sus extremidades inferiores por “posible” sobre-anticoagulación por “warfarina”, y también reseñó la posibilidad de un evento coronario agudo¹⁸. Así mismo, expresó que “con soportes que cuenta el paciente no se documenta claramente anticoagulación”¹⁹.

El demandante informó que “no toma la medicación ordenada ambulatoriamente desde hace más de un mes”. Se reseñó que tenía un INR de 0.95., y que fue “evasivo al interrogatorio”²⁰. Más adelante, se dijo que se “evidencian tiempos de coagulación normales con INR subterapéutico 2río a que el paciente no viene tomando la warfarina hace 1 año, aunque llama la atención que no hay claridad en la indicación de la anticoagulación y hacen falta datos de los antecedentes”, y se decidió que “por el momento se dará manejo de anticoagulación con HBPM y se suspende warfarina”²¹.

Se demostró, también, que cuando estaba en urgencias, la doctora le aplicó el analgésico tipo opioide “tramadol”, por vía intramuscular. Así se indicó en el hecho “décimo segundo” de la demanda²², y se reconoció por el Hospital Universitario Clínica San Rafael²³ y por Compensar E.P.S.²⁴ en sus respectivas contestaciones.

La evolución del paciente, luego de la aludida inyección, se reseñó en la historia clínica así:

El 3 de marzo de 2018, el enfermo tenía un “INR” correspondiente a 0.95, “sin indicación clara de anticoagulación”, y se ordenó “valoración por cardiología ya que con soportes que cuenta el paciente no se documenta claramente anticoagulación por el momento sigue con enoxaparina 1 mg por kilo cada 12 horas”²⁵.

¹⁸ Folio 26 ibidem.

¹⁹ Folio 3 en archivo “EVOLUCIONES 02-03-2018.pdf”.

²⁰ Folio 51 ibidem.

²¹ Folio 52 ibidem.

²² Folio 58 ibidem.

²³ Folio 6 en archivo “11Contestaciondemanda.pdf”.

²⁴ Folio 5 en archivo “19ContestacionDemanda.pdf”.

²⁵ Folio 3 en archivo “EVOLUCIONES 02-03-2018.pdf”.

El 4 de marzo tenía también un “INR” de 0.95. Los médicos dijeron que “no encontramos indicación actual de anticoagulación”; solicitaron apoyo de cardiología “quien considero lo mismo”; y decidieron que “mientras se define anticoagulación se continúa manejo con heparina de bajo peso molecular”²⁶.

El 5 de marzo se indicó que se estaba “en espera de ECO TE solicitado por cardiología para definir anticoagulación definitiva”, y prosiguió el manejo médico²⁷. El 6 de marzo se ordenó continuar con “el manejo instaurado”²⁸.

El 7 de marzo se anotó en la historia clínica que “se suspende anticoagulación y se inicia trombotilaxis”²⁹. El 8 de marzo se valoró por medicina interna. El área de neurología consideró ampliar los estudios de “estretidicación cardiocerebrovascular”, y consideraron continuar con la anticoagulación. Sin embargo, cardiología “considera no es necesaria”, y quedó a la espera de un nuevo concepto³⁰.

El 9 de marzo se indicó que el paciente tenía “fuerza 5/5 en 4 extremidades”, que había suspendido la anticoagulación “hace 8 días”. Se precisó que “requiere de seguir anticoagulación”³¹. También se dijo que, debido a su estado “se deja con anticoagulación con cumarínico y en 72 se evalúa rango terapéutico del mismo”³².

El 10 de marzo se dejó constancia de que el paciente no tenía “déficit motor ni sensitivo aparente”, y que se encontraba “en terapia de puente de anticoagulación con Warfarina, hoy tercera dosis”³³.

El 11 de marzo se reseñó que se “considera se benefició de anticoagulación por lo cual se encuentra en terapia puente con enoxapriana más warfarina con control el día de hoy de INR 1.1.”, y empezó el “plan de anticoagulación plena”³⁴.

²⁶ Folio 5 ibidem.

²⁷ Folio 6 ibidem.

²⁸ Folio 9 ibidem.

²⁹ Folio 10 ibidem.

³⁰ Folio 39 en archivo “01EscritoDemandaPoderAnexos.pdf”.

³¹ Folio 14 en archivo “EVOLUCIONES 02-03-2018.pdf”.

³² Folio 15 ibidem.

³³ Folio 17 ibidem.

³⁴ Folio 18 ibidem.

El 12 de marzo los médicos consideraron “*continuar con anticoagulación en proceso de lograr rango terapéutico*”. Se dijo que estaba asintomático, y que tenía un “*INR*” de 1.1. Prosiguieron el manejo sin modificaciones³⁵.

En la evolución del 13 de marzo, el paciente refirió “*aparición de dolor en la región glútea derecha, con evidencia de área indurada, dolorosa, no cambios locales de inflamación*”. También se consignó que tenía un “*INR*” de 1.3., que este indicador estaba en ascenso, pero fuera de “*rango terapéutico*”.

El 14 de marzo se le practicó una ecografía de tejidos blandos y se encontró una “*colección voluminosa*”, por ende, se solicitó el concepto de radiología para definir “*posibilidad de drenaje*”³⁶.

Luego, el 15 de marzo, se consignó que existía un “*área de induración en región glútea, como mayor posibilidad diagnóstica de hematoma*”, y que la lesión se extendió “*a cara posterior de muslo*”. Se afirmó que había un mal control del dolor. En esa fecha se suspendió la anticoagulación³⁷.

El 16 de marzo se consignó que la aparición del “*área de induración*” ocurrió “*en lugar de punción de aplicación de medicación intramuscular al ingreso con crecimiento progresivo*”. Ese mismo día se le hizo un drenaje de “*45 cc de material hemático*”. El 18 de marzo el paciente refirió que le seguía doliendo la pierna.

El 19 de marzo se le practicó una ecografía de tejidos blandos y se encontró: “*HEMATOMA ORGANIZADO EN PLANO MUSCULAR DE REGIÓN GLÚTEA (6 cc). • HEMATOMA EN PROCESO DE ORGANIZACIÓN EN PLANO MUSCULAR DEL MUSLO (5 cc). • HEMATOMA NO ORGANIZADO COMPROMETIENDO LA CARA POSTERIOR DE LA EXTREMIDAD, EN PLANOS MUSCULAR Y DE TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO. • EDEMA EN MIEMBRO INFERIOR*”³⁸.

El 20 de marzo tenía “*hematoma extenso en cara posterior con compromiso hasta tobillo*”. El 21 de marzo se reseñó que existía una

³⁵ Folio 19 ibidem.

³⁶ Folio 21 ibidem.

³⁷ Folio 23 ibidem.

³⁸ Folio 30 ibidem.

“reducción de edema” en su miembro inferior derecho, y que “se considera en el momento alto riesgo de sangrado para inicio de anticoagulación”³⁹. Ese mismo día se refirió que el paciente tenía “marcha con pie caído marcha con cojera, miembro inferior derecho con equimosis por hematoma de mid... déficit para la dorsi y planti flexión”, y se dictaminó que “se considera posible neuropraxia del ciático en quien debe establecerse compromiso del mismo de manera ambulatoria”⁴⁰.

El 23 de marzo “aún persiste con parestesias y disminución en la sensibilidad de dicha extremidad por lo que se continúa manejo con férula posterior colocada por ortopedia y sesiones de terapia física y reacondicionamiento”.

El 24 de marzo se refirió existencia de “parestesias y disminución de la sensibilidad”, y “cursa con hematoma en miembro inferior derecho el cual fue drenado”.

El 27 de marzo se le hizo una ecografía en la que se identificó una “colección en el plano muscular en región posterior muslo derecho tanto en el tercio proximal, medio y parte el tercio distal. También se identifica colección compatible con hematoma coagulado localizado en el cuadrante supero externo del glúteo derecho el cual no es susceptible de drenaje debido a que se encuentra en estado sólido (coagulado). Previa asepsia y antisepsia, infiltración con lidocaína, bajo guía ecográfica se realiza punción con yelco N° 14, de colección localizado en plano muscular en región posterior en muslo derecho obteniendo 68 cc, de material hemático. Se realiza ecografía de control sin identificar colección residual. Procedimiento sin complicaciones”⁴¹.

El 28 de marzo siguiente se plasmó que presentaba “complicación posterior a aplicación de medicación IM hematoma de MID”. El paciente fue sometido a un control ecográfico “con presencia de hematomas organizados en MID por lo que fue drenado por parte de radiología intervencionista el día de ayer”, se señaló que existía una evolución adecuada “dolor modulado, constantes vitales dentro de límites de normalidad, ya cuenta con heparina de bajo peso molecular para continuar con anticoagulación”. Ese día se le dio

³⁹ Folio 34 ibidem.

⁴⁰ Folio 35 ibidem.

⁴¹ Folio 47 ibidem.

egreso con el diagnóstico *“hemorragia y hematoma que complican un procedimiento”*⁴².

También consta que el 8 de mayo de 2018, en el centro Carlos Eduardo Rangel Galvis S.A.S., luego de un examen de *“neuro conducciones sensitivas y motoras de miembros inferiores”* se encontraron como hallazgos, entre otros, *“ausencia de reproducibilidad del potencial del acción sensitivo del nervio sural derecho”* y *“ausencia de reproducibilidad del potencial de acción motor del nervio tibial y peroneo derecho”*. Como conclusión se reseñó *“estudio anormal compatible con lesión axonal completa de nervio ciático poplíteo común derecho, con signos de denervación aguda, sin signos de reinervación”*⁴³.

Respecto a esta atención médica, además, se recaudaron los testimonios de dos facultativos del Hospital Universitario Clínica San Rafael, que atendieron a César Enrique Vergara Tovar en esos días.

La doctora Yina Maritza Pacheco Correa, quien manifestó⁴⁴ desempeñarse como médica general en el área de urgencias, sostuvo que el demandante requirió su atención por un posible síndrome coronario y tenía antecedentes de infarto. Contó que ingresó en estado de embriaguez, no respondía bien a su interrogatorio. Lo calificó de *“combativo”*. Le pidió información a la hija del paciente y esta le indicó que su padre estaba *“anticoagulado”*, pero que había suspendido la medicación *“warfarina”* desde hacía más de un mes.

La testigo intentó canalizarlo, pero el paciente no colaboró. Éste tenía dolor *“bastante álgido”* y por ello *“se accede... a vía intramuscular”*⁴⁵. Expresó que revisó *“tiempos de anticoagulación pasados”* y advirtió que no estaba en *“niveles de warfarina”*. Luego verificó tiempos de anticoagulación *“dando un INR de 0.93”*, con lo que confirmó la ausencia de anticoagulación.

Manifestó que aquél tenía *“unos cambios a nivel de su extremidad”* por causa de isquemias y cianosis. Le aplicó, por vía de inyección intramuscular, el analgésico *“tramadol”*, que no interfiere en la coagulación. Adujo que se

⁴² Folio 1 en archivo *“EPICRISIS 02-03-2018”*.

⁴³ Folio 30 ibidem.

⁴⁴ Minutos 1:16:10 a 1:57:42 en archivo *“70VideoTestimonios.mp4”*.

⁴⁵ Minuto 1:20:50 ibidem.

enteró de que posteriormente apareció un hematoma, cuando el demandante ya estaba hospitalizado. Indicó que no había contraindicación para suministrar la medicina por esa vía, puesto que no existía anticoagulación, y explicó que cuando el índice de INR es superior a 2, sí la hay, lo que no sucedía en este caso. Procedió bajo el protocolo llamado “MONA”. No suministró el medicamento por la vía oral, porque el enfermo estaba ebrio, podía broncoaspirar y *“termina intubado”*.

De otra parte, el galeno Mario Alfonso Supelano García, contó⁴⁶ que era médico y especialista en medicina interna. Manifestó que trató al paciente luego de que ingresara por urgencias. Fue hospitalizado por la sospecha de un accidente cerebrovascular agudo. Dijo que *“presentó un hematoma que está ocasionando la lesión del nervio”*. El paciente no era *“muy buen informante”*, por lo que solicitó su historia clínica, de la que dedujo que estaba anticoagulado, aunque no era *“muy adherente al tratamiento, de hecho, llevaba un mes sin tomar la medicación en general”*.

Dijo que él no recibió la información sobre la inyección del analgésico, y solo se enteró cuando el paciente ya llevaba unos días en el hospital. Adujo que en urgencias recibió un INR *“que es el examen que nosotros utilizamos para evaluar si el paciente está anticoagulado o no”* y este indicador *“se encontraba en 0.9, lo cual indica que el paciente no se encontraba... anticoagulado”*, pues en este rango se encuentra *“la población en general que no toma ningún tipo de anticoagulante”*.

Declaró que, varios días después de su ingreso, el actor empezó a presentar un *“abultamiento”* en la región glútea, lo que los llevó a sospechar de que se trataba de un hematoma, diagnóstico que se confirmó con una ecografía. Después se evidenció un *“atrapamiento”*. Refirió que la inyección *“se contempló como una de las posibilidades de la causa del hematoma”*⁴⁷, y *“quedó como hipótesis porque no hay como determinar específicamente que haya sido algo diferente”*, precisó *“teniendo la asociación clínica con el evento y con lo que se presentó, pues es como la opción más viable”*.

Dijo que una sola dosis de warfarina *“no puede conllevar a un sangrado por sí sola”* y que este medicamento *“empieza a tener efecto efectivo”*

⁴⁶ Minutos 35:14 a 1:12:00 ibidem.

⁴⁷ Minuto 58:07 ibidem.

hasta después del tercer día después de la tercera dosis”. El paciente “presentó disminuciones en la movilidad principalmente del pie”, razón por la que se le ordenó rehabilitación física ambulatoria.

Al preguntársele por otras hipótesis que explicaran la aparición del hematoma dijo: *“en el contexto del paciente podría encontrarse alguna lesión tipo, por ejemplo, malformación arteriovenosa, alguna anomalía anatómica congénita que uno no suele evidenciar sino hasta en el momento en el que presenta algún síntoma. O que de pronto hubiese presentado algún trauma que el paciente no hubiese referido... previamente en los procesos de la valoración que a veces sucede que los pacientes... presentan algún golpe o algo y nunca lo refieren. Esas como las causas principales, digamos que ya hay otras cosas diferentes que ya son un poco más exóticas, un poco más o menos prevalentes, como por ejemplo trastornos de la coagulación, ya que requieren estudios mucho más especializados, pero hubiesen dado hallazgos en los exámenes para haberlo sugerido. Pero este no era el caso”⁴⁸.*

En resumen, a la luz de las evidencias presentadas, la Sala infiere que César Enrique Vergara Tovar ingresó a las instalaciones del Hospital Universitario Clínica San Rafael el 2 de marzo de 2018, con adormecimiento en su brazo y pierna izquierda. Estaba en estado de alucoramiento, y no fue muy colaborador en el interrogatorio al que fue sometido cuando ingresó al centro hospitalario.

En ese lugar se determinó que consumía el anticoagulante warfarina, no obstante, el paciente y su hija informaron que había suspendido su toma *“desde hace un mes”*. Ese mismo día se le aplicó, mediante una inyección intramuscular, el medicamento *“tramadol”*.

Se comprobó, también, que en esa fecha no estaba anticoagulado. Los médicos obtuvieron esta información por el resultado que arrojó el examen de INR, que mide el nivel de anticoagulación. Según esta prueba, el índice era de 0.9, es decir, el del rango medio de una persona que no consume anticoagulantes.

Posteriormente, y debido a que era necesario por sus patologías previas, le suministraron medicamentos anticoagulantes. Por ello, el índice

⁴⁸ Minuto 1:09:28 ibidem.

INR empezó a incrementarse gradualmente. El 11 de marzo estaba en 1.1. y el 13 de marzo en 1.3.

El aludido 13 de marzo el actor sintió dolor en su región glútea derecha. En una ecografía los médicos encontraron una “colección voluminosa”, y luego advirtieron la posibilidad de un hematoma en tal área. La lesión se expandió a la cara posterior del muslo.

La anticoagulación se suspendió el 15 de marzo. En la historia clínica se dijo que el “*área de induración*” se presentó “*en lugar de punción de aplicación de medicación intramuscular al ingreso con crecimiento progresivo*”. El paciente fue drenado dos veces. Esto le generó marcha con pie caído, cojera en su miembro inferior derecho. Se redujo su sensibilidad.

El 28 de marzo se le dio egreso del hospital. Tenía una “*lesión axonal completa de nervio ciático poplíteo común derecho, con signos de denervación aguda, sin signos de reinervación*”.

Entonces, con base en estos hechos, la Sala establecerá si la secuela que padece César Enrique Vergara Tovar fue consecuencia de un proceder contrario al estándar de diligencia exigible a los profesionales de la salud. Es decir, determinará si aquella lesión al nervio ciático fue producto de “*la mala praxis médica y la falla en el proceso de atención médica*” que prestaron las demandadas, según lo alegó la parte actora en el libelo inicial, prueba que le incumbía allegar al extremo actor, conforme lo establece el artículo 167 del Código General del Proceso.

Al respecto, en primer lugar, no se demostró que la facultativa que atendió al demandante en urgencias se hubiera equivocado por suministrarle el analgésico “*tramadol*”, el día que aquél ingresó.

A propósito de la anterior afirmación, ninguno de los testigos técnicos ni los peritos manifestó que esa medicina estuviera contraindicada para el actor por cualquier causa. Por el contrario, el experto Fernando Paramo Gualteros⁴⁹, médico, cirujano general y especialista en medicina interna, manifestó que no existía “*una contraindicación para la administración del analgésico opioide*”, y además que “*no se encuentra relación respecto al inicio*

⁴⁹ Archivo “54AportaDictamen20231124.pdf”.

de síntomas diez días después; teniendo en cuenta que la vida media del analgésico opioide tramadol es de 6 horas, pudiendo aumentar a 9 horas; teniendo en cuenta que su metabolismo es hepático y su eliminación es por vía renal". El perito Rafael Rachid Leal Esper⁵⁰, médico cirujano, por su parte afirmó que el paciente no tenía contraindicaciones "alergénicas" ni "locales".

El doctor Rafael Antonio Califa⁵¹, convocado al proceso por el extremo actor, nunca afirmó, ni en su dictamen ni en su sustentación oral, que los médicos se hubieran equivocado por suministrar tramadol. La doctora Nury Niyireth Vanoy Rocha⁵² tampoco hizo afirmación alguna relacionada con una contraindicación de ese analgésico. Ninguno de los profesionales que acudió al proceso dijo que la sustancia aludida no fuera necesaria para el tratamiento.

En segundo lugar, tampoco existe evidencia de que los médicos se equivocaron al inyectar intramuscularmente al demandante. Es decir, no existe prueba que permita considerar que los facultativos incurrieron en negligencia o impericia por elegir tal vía de aplicación.

En el proceso se probó que al demandante, antes de su ingreso a las instalaciones de la demandada, se le había recetado el medicamento "warfarina", un anticoagulante que requirió luego de un evento coronario que padeció en el año 2012.

Sobre la afirmación respecto a que, debido a los efectos de esta medicina, es inadecuado que un paciente que la consume reciba una inyección intramuscular, se tiene que el perito Rafael Antonio Califa⁵³ explicó que una de las contraindicaciones para la aplicación de inyecciones intramusculares es que el receptor tenga "medicación anticoagulante". Lo mismo sostuvo el experto Rafael Rachid Leal Esper, que ante la pregunta de si consideraría la vía intramuscular para un paciente anticoagulado respondió "por supuesto que no la utilizaría nunca, jamás"⁵⁴.

⁵⁰ Archivo "65ContradiccionDictamen20231204.pdf".

⁵¹ Archivo "50ConceptoPericialMedico20231120.pdf".

⁵² Folios 143 a 152 en archivo "19ContestaciónDemanda.pdf".

⁵³ Archivo "50ConceptoPericialMedico20231120.pdf".

⁵⁴ Minuto 49:37 en archivo "72VideoContradicciónPeritoAlegatosConclusion".

No obstante, también se acreditó que cuando el demandante ingresó a urgencias no estaba anticoagulado, a pesar de tener una prescripción médica de warfarina. Al respecto, según la doctora que lo atendió inicialmente, la hija de este le informó que su padre estaba “*anticoagulado*”, pero que había suspendido la medicación “*warfarina*” desde hacía más de un mes.

El hospital confirmó la anterior información, es decir, que el paciente no estaba anticoagulado, al determinar el índice de anticoagulación de su sangre. Según el perito Fernando Paramo Gualteros⁵⁵, con una “*prueba de INR*” se “*determina cuánto tiempo tarda la sangre en formar coágulos y ayuda a saber si se está tomando la cantidad correcta de anticoagulante oral*”. Según este índice “[e]l valor normal de INR en personas que no toman anticoagulantes es menor a 1. Si se toma Warfarina, el nivel de INR deberá estar por encima de 2.0.”. En el mismo sentido, el galeno Mario Alfonso Supelano García⁵⁶ dijo que el INR “*es el examen que nosotros utilizamos para evaluar si el paciente está anticoagulado o no*”.

En este caso, según la historia clínica, el 2 de marzo de 2018 el actor tenía un INR de 0.95⁵⁷, es decir, no estaba anticoagulado. Esta condición se probó también con los testimonios y dictámenes recibidos. Así, la doctora Pacheco Correa contó que revisó “*tiempos de anticoagulación pasados*” y advirtió que no estaba en “*niveles de warfarina*”, puesto que obtuvo “*un INR de 0.93*”, con lo que confirmó que no había anticoagulación.

El médico Mario Alfonso Supelano García dijo que este indicador INR “*se encontraba en 0.9, lo cual indica que el paciente no se encontraba... anticoagulado*”, pues en este rango está “*la población en general que no toma ningún tipo de anticoagulante*”. Incluso, el experto que elaboró el dictamen que aportó el demandante, manifestó que el INR mide la anticoagulación del paciente, y en este caso ese indicador “*estaba en 0.9, es decir, no estaba con criterios de anticoagulación*”⁵⁸.

Por lo tanto, no existía ninguna contraindicación para aplicar la inyección por vía intramuscular. A esta conclusión arribaron el experto

⁵⁵ Archivo “54AportaDictamen20231124.pdf”.

⁵⁶ Minutos 35:14 a 1:12:00 ibidem.

⁵⁷ Folio 1 en archivo “Evoluciones 02-03-2018”.

⁵⁸ Minuto 52:03 ibidem.

Fernando Paramo Gualteros⁵⁹, quien sostuvo que el suministro del analgésico por tal vía no fue inadecuado porque *“el INR de ingreso se encontraba en 0.95, nivel bajo, por lo tanto no existe una contraindicación”*. Incluso sostuvo en audiencia⁶⁰ respecto a la inyección, que *“no creo que haya sido una decisión insegura y peligrosa toda vez que no es una contraindicación absoluta... solamente si hay sangrado activo, sangrado del sistema nervioso, sangrado tumoral, o que haya habido algún antecedente de sangrado previo por anticoagulación”*⁶¹.

Por su parte, el cirujano Rafael Rachid Leal Esper⁶² afirmó que el demandante *“no estaba anticoagulado”*, puesto que se encontraba *“con niveles sub terapéuticos de INR 0.95 bajo PTT 23.30 normal”*, y explicó que las únicas contraindicaciones para aplicar medicamentos vía intramuscular *“son trastornos de coagulación primarios y secundarios, antecedentes de hipersensibilidad al medicamento, procesos de alteración local en la piel de la zona de aplicación”*, no obstante *“el paciente no presentaba ninguna de esas contraindicaciones”*.

En conclusión, como César Enrique Vergara Tovar no estaba anticoagulado el día que ingresó a urgencias, y no tenía ninguna contraindicación para que recibiera el analgésico por la vía intramuscular, la Sala infiere que la parte demandada no incurrió en ningún comportamiento culpable, por error de diagnóstico o de tratamiento, derivado de la aplicación de la inyección.

El Tribunal no pasa por alto la conclusión expuesta por el doctor Rafael Antonio Califa⁶³, quien fue el único de los expertos que sostuvo que la parte demandada debió suministrar el medicamento por una vía distinta a la intramuscular. No obstante, advierte del análisis de su peritaje, que incurrió en contradicciones en su exposición que impiden que la decisión se sustente en su concepto.

De una parte, porque a pesar de que expresó que la vía intramuscular no está recomendada para pacientes que usan medicinas anticoagulantes, y aceptó que César Enrique Vergara Tovar no estaba anticoagulado, es decir,

⁵⁹ Archivo *“54AportaDictamen20231124.pdf”*.

⁶⁰ A partir del minuto 1:53:08 en archivo *“67VideoFijaciónHechosPeritos(1).mp4”*.

⁶¹ Minuto 2:10:30 ibidem.

⁶² Archivo *“65ContradiccionDictamen20231204.pdf”*.

⁶³ Archivo *“50ConceptoPericialMedico20231120.pdf”*.

que sobre él no existía ninguna contraindicación, afirmó contradictoriamente que no debió inyectársele por tal motivo.

Así mismo, aunque manifestó que el paciente *“tenía un antecedente que debería haber sido tomado en cuenta cuando le prescribieron la inyección intramuscular”*, y que *“el hecho de que... después de que le hacen los exámenes, resulta que no tiene criterios de anticoagulación, no evita que se le aplique una inyección que tenía una contraindicación absoluta y que es la culpable de que haya tenido un sangrado, un hematoma y una compresión”*⁶⁴, posteriormente, ante la pregunta de si *“¿existe evidencia científica de que un paciente que estuvo anticoagulado en el pasado pueda presentar lesiones por la aplicación de un medicamento intramuscular?”*, respondió: *“no que yo sepa”*⁶⁵.

Es decir, afirmó contradictoriamente que el paciente *“tenía una contraindicación absoluta”*, a la par que dijo que esa contraindicación -la anticoagulación- no estaba presente en el demandante al momento de la inyección. También, a pesar de que sostuvo que el actor *“tenía un antecedente”* que debió persuadir a los médicos de emplear la vía intramuscular, admitió no conocer evidencia científica que desaconsejara aplicar una inyección de tal tipo a un paciente que estuvo anticoagulado, pero que ya no lo estaba, como era el caso del demandante.

Esta opinión, única en tal sentido, y contradictoria internamente, no resulta creíble para la Sala y, por ende, es insuficiente para fundar en ella la decisión. Ello atendiendo, además, que los otros dictámenes y testimonios, ya analizados, de forma unánime refieren que no existía contraindicación, debido a que el paciente no estaba anticoagulado.

En tercer lugar, no se alegó ni demostró que la inyección intramuscular hubiese sido aplicada en desatención del conocimiento científico. Según el perito Rafael Rachid Leal Esper, en la zona del glúteo en que se puso -la parte superior derecha-, no existe ningún nervio, y los vasos sanguíneos son pequeños.

⁶⁴ Minuto 1:05:34 ibidem.

⁶⁵ Minuto 1:22:55 ibidem.

Tampoco existe evidencia de que la aguja lesionó directamente el nervio. El perito Fernando Páramo Gualteros explicó que en tal evento las manifestaciones clínicas *“se hubieran producido de manera inmediata debido a la irritación del tronco nervioso, hecho que no se evidenció en el caso en estudio”*. En este caso, según la historia clínica, entre la aplicación del analgésico el 2 de marzo y la aparición del dolor en el glúteo del actor, el 13 de marzo siguiente, trascurrieron once días, lo que permite deducir que la lesión no se generó por la acción directa de la jeringa.

Por último, en la demanda tampoco se alegó, ni se demostró en el trámite, que la lesión al nervio ciático hubiera sido producto de una acción culposa de los médicos posterior al tratamiento inicial que aquél recibió en urgencias.

Los días siguientes a tal suceso el demandante fue examinado periódicamente. Cuando manifestó que sentía dolor, los médicos le practicaron una ecografía, y luego, con base en la información que obtuvieron, le hicieron dos drenajes en la zona glútea a fin de eliminar el hematoma.

Posteriormente, y debido a que por su condición médica requería anticoagulación, iniciaron el tratamiento. La parte actora no probó que esta conducta estuviera contraindicada. Tampoco, de alguna de las pruebas recaudadas, se infiere que el hematoma fuera producto de esta anticoagulación posterior. En el peritaje traído por el actor nada se dijo al respecto; tampoco los expertos Fernando Páramo Gualteros, Rafael Rachid Leal Esper o Nury Niyireth Vanoy Rocha se pronunciaron en tal sentido.

En todo caso, se probó que para el momento de la aparición del hematoma aún no había alcanzado índices de anticoagulación. Así lo sostuvo Fernando Páramo Gualteros, que manifestó que el paciente *“duró casi dos semanas sin estar anticoagulado”*⁶⁶, y el día que *“hizo el hematoma estaba con 1.6. de INR que no es un valor de anticoagulación óptimo, no es anticoagulación, no está anticoagulado”*⁶⁷.

⁶⁶ Minuto 2:59:05 ibidem.

⁶⁷ Minuto 3:01:20 ibidem.

En definitiva, del estudio de este material probatorio, no se deduce que en la atención que recibió César Enrique Vergara Tovar, desde el 2 al 28 de marzo de 2018, las demandadas hubieran obrado por fuera de los estándares de diligencia que se esperan de quienes ejercen la medicina. No se probó que, en el tratamiento, las citadas hubiesen incurrido en negligencia o impericia, ignorado el conocimiento científico reconocido, o tomado decisiones contraevidentes. Es decir, no se demostró la culpa de los médicos.

4. Las anteriores consideraciones bastan para advertir el desacierto de los argumentos expuestos en la apelación.

Contrario a lo allí alegado, no se probó que las demandadas hubiesen desatendido las reglas que orientan la actividad médica, ni brindado una atención deficiente. No se acreditó que los médicos debieron tomar decisiones distintas, según la evidencia fáctica y científica. No existía contraindicación alguna para aplicar la inyección intramuscular de tramadol, ello con independencia de que esta medicina fuera o no vital.

No es cierto lo alegado por el apelante, que afirmó que no se estableció *“otro factor causante del daño diferente al sangrado por la inyección intramuscular aplicada el primer día”*. Al respecto, si bien el testigo Mario Alfonso Supelano García consideró que la inyección *“se contempló como una de las posibilidades de la causa del hematoma”*⁶⁸, lo cierto es que es una hipótesis entre muchas otras.

El mismo deponente dijo, posteriormente, que otras causas posibles del hematoma pudieron ser *“alguna lesión tipo, por ejemplo, malformación arteriovenosa, alguna anomalía anatómica congénita que uno no suele evidenciar sino hasta en el momento en el que presenta algún síntoma. O que de pronto hubiese presentado algún trauma que el paciente no hubiese referido... previamente en los procesos de la valoración que a veces sucede que los pacientes... presentan algún golpe o algo y nunca lo refieren. Esas como las causas principales, digamos que ya hay otras causas diferentes que ya son un poco más exóticas, un poco más o menos prevalentes, como por ejemplo trastornos de la coagulación, ya que requieren estudios mucho más*

⁶⁸ Minuto 58:07 ibidem.

*especializados, pero hubiesen dado hallazgos en los exámenes para haberlo sugerido. Pero este no era el caso*⁶⁹.

Fernando Páramo Gualteros manifestó que era *“muy difícil de relacionar”* la lesión con la inyección intramuscular, pues otros factores pudieron incidir, tales como la ingesta crónica de alcohol del paciente y su baja inherencia al tratamiento. Rafael Rachid Leal Esper⁷⁰ expresó que los *“sangrados espontáneos”* pueden ser consecuencia de utilizar anticoagulantes, y también por su consumo *“irregular”* originada en la falta de adherencia al tratamiento, no acatar las recomendaciones de los especialistas, antecedentes de alcoholismo y cambios en la marca de los medicamentos.

Según la médico Nury Niyireth Vanoy Rocha, *“es probable que la causa del hematoma glúteo haya sido el mal control de INR, como según lo referencia la literatura médica, puesto que el paciente no tenía adecuada adherencia al tratamiento ambulatorio, y es un factor de mayor riesgo de hemorragias en pacientes anticoagulados”*.

Finalmente, en cuanto a la queja concerniente a que Compensar E.P.S no aportó la historia clínica en la que constan sus tratamientos anteriores, y que *“hubieran dado cuenta... de la adherencia o no al tratamiento y... del valor del INR en el tiempo”*, baste decir que a quien le incumbía demostrar los elementos de la responsabilidad civil era a la parte actora, carga que no satisfizo en forma alguna. Además de que no aportó esa documental junto con su demanda, tampoco pidió que su contraparte la allegara.

Por esto motivos por los que se imponía la negativa de su *petitum*, tal y como lo consideró el juez de primera instancia.

5. Se confirmará, entonces, la sentencia apelada. Se impondrá la consecuente condena en costas de esta instancia a la parte apelante, conforme lo ordena el numeral 1º del artículo 365 del Código General del Proceso. Como agencias en derecho la Magistrada Sustanciadora señala la suma de un (1) salario mínimo mensual legal vigente, equivalente a

⁶⁹ Minuto 1:09:28 ibidem.

⁷⁰ Archivo “65ContradiccionDictamen20231204.pdf”.

\$1.300.000.00, de conformidad con el numeral 1° del artículo 5° del Acuerdo No. 10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá D.C., en Sala de Decisión Civil, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

VI. RESUELVE

PRIMERO: Confirmar la sentencia que profirió el Juzgado Treinta y Siete Civil del Circuito de Bogotá, el 11 de diciembre de 2023, en el asunto de la referencia.

SEGUNDO: Condenar en costas a la parte apelante ante el fracaso de su recurso. Como agencias en derecho la Magistrada Sustanciadora señala la suma de un (1) salario mínimo mensual legal vigente, equivalente a \$1.300.000.00, de conformidad con el numeral 1° del artículo 5° del Acuerdo No. 10554 de 2016 del Consejo Superior de la Judicatura.

TERCERO: Remitir el expediente a la oficina de origen para lo de su trámite y competencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

MARÍA PATRICIA CRUZ MIRANDA

STELLA MARÍA AYAZO PERNETH

JAIME CHAVARRO MAHECHA

Firmado Por:

Maria Patricia Cruz Miranda
Magistrado Tribunal O Consejo Seccional
Dirección Ejecutiva De Administración Judicial
División De Sistemas De Ingeniería
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Jaime Chavarro Mahecha
Magistrado
Sala Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Stella Maria Ayazo Perneth
Magistrada
Sala 04 Civil
Tribunal Superior De Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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: **97f9e23140ffe3ad6fa77cf64e06ce5d08bfc4e890e24e127da4c071e103d6dd**

Documento generado en 24/06/2024 10:54:13 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>