

Consorcio Aristizábal Velásquez
Abogados Ltda.

Señor JUEZ:
Dr. Mario Andres Posso Nieto
JUZGADO SÉPTIMO ADMINISTRATIVO ORAL
E. S. M.

Proceso No. 76001-33-33-007-**2021-00037**-00
Medio de Control: **REPARACIÓN DIRECTA**
Demandantes: **DANIELA HERNÁNDEZ QUINTERO Y OTROS**
Demandado: **HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.**
CONTESTACION Llamamiento en garantía ANABELLE CUELLO PEDROZO

“Es fácil tomar decisiones perfectas cuando tenemos la información perfecta. Pero la medicina requiere que tomemos decisiones perfectas a partir de información imperfecta.”

Las Leyes de la Medicina
Siddhartha Mukherjee

HAROLD ARISTIZABAL MARIN mayor de edad, vecino de Cali, identificado como aparece al pie de mi firma, abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional No. 41.291 del CSJ, actuando conforme al poder otorgado por la Doctora **ANABELLE CUELLO PEDROZO** mayor de edad, en su condición de Llamado en garantía en el proceso de la referencia. Mediante el presente escrito contesto dicho Llamamiento propuesto por el **HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.** y la acción propuesta por **DANIELA HERNANDEZ QUINTERO Y O.** a través de su apoderada en los siguientes términos damos respuesta frente a:

Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106
Email RNA :harold.aristizabal@conava.net
Email: conava@conava.net
Email: ham.conava@gmail.com
Santiago de Cali - Colombia



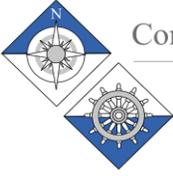
A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

3.1. El 27 de enero de 2020, a las 05:11 AM, el señor CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE acudió al servicio de urgencias del HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO, por causa de varias heridas no mortales que, con un cuchillo, le propinó MARLYN ANDREA DÍAZ SUAREZ.

R/AI 3.1. No es del todo cierto. El paciente a Cristian Orley Tabares Arroyave consulto el 27 de enero a las 5:11 am al servicio de urgencias Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, y de acuerdo con lo registrado en historia clínica el motivo de consulta fue por heridas por puñal en varias partes del cuerpo (hombro izquierdo, brazo y abdomen) con elemento cortocontundente. Se desconoce quién le infligió las lesiones, pero según se observa en la documentación obrante en el proceso, a quien se señala por la parte actora es a la compañera del hoy occiso Marlyn Andrea Diaz Suarez. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.2. En el mencionado centro hospitalario fue valorado inicialmente por el médico general ANABELLE CUELLO PEDROZO, quien con una valoración solamente física,⁶ sin ayuda de imágenes diagnósticas, encontró que el paciente presentaba heridas de arma cortopunzante en hombro izquierdo, brazo, abdomen, **clasificó esta última como no penetrante** y decidió trasladarlo a sala de procedimientos para suturar dichas lesiones.⁷

R/AI 3.2. No es cierto como lo afirma la parte actora. La medica general Anabelle Cuello un minuto después (5.12 am) del ingreso del paciente al servicio de urgencias, inspecciona y palpa el abdomen del paciente como consta en el registro de historia clínica luego de que el paciente le refiriera que las heridas fueron realizadas con un cuchillo. Y del examen físico integral practicado por la galena al paciente describe *abdomen blando depresible, no dolor a la palpación, no masas, no megalias, peristaltismo normal, no circulación colateral, no hepatomegalia, presenta herida abierta de 1 cm sangrante escasamente con exposición de*



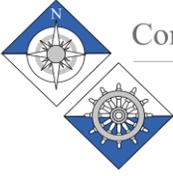
tejido graso¹, no penetrante, localizada en abdomen bajo. Es de precisar que la inspección y palpación en el manejo de pacientes con heridas abdominales por arma cortopunzante apoya el examen físico como **una prueba diagnóstica muy sensible y específica para el diagnóstico de lesión intraabdominal**, lográndose que el tratamiento no operatorio sea una indicación terapéutica valida, **evitando laparotomías innecesarias y el aumento de la morbimortalidad.**² Luego hubo exploración y evaluación digital que hizo la galena previa asepsia y antisepsia con ayuda anestésica (lidocaína) le permitió considerar que la lesión no era penetrante, para lo cual estaba indicado lavado y sutura de herida, profilaxis tetánica, y evaluó la necesidad de antibiótico profiláctico (Cefalosporina), y de acuerdo con la evolución y revaloración determinar su egreso. Lo registrado en historia por la Dra. Cuello permite inferir que pese al examen físico minucioso que practico no identifico ningún signo (tales como evisceración, shock o peritonitis) que sugiriera penetración o lesión interna. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.3. Posteriormente el paciente fue valorado por el médico general HUGO ORLANDO MORENO LÓPEZ, quien después de tan sólo 4 horas⁸ de evolución y observación, sin practicarle los exámenes diagnósticos básicos de acuerdo a la lex artis, consideró que existían las condiciones de salud requeridas para darle salida del hospital con medicamentos y recomendaciones.⁹

R/AI 3.3. No es cierto como lo afirma la parte actora. Precisemos que el medico general Hugo Moreno reevaluó el paciente que ya había sido estudiado por la Dra. Cuello, quien ya había desplegado todos los cuidados que el paciente requería y ya había suturado la herida abdominal ya clasificada como no penetrante, y ya suturada, no había indicación de reexploración de la herida, ni indicación de ayudas diagnósticas y en tal condición al hallar un paciente hemodinamicamente estable, sin signos de irritación peritoneal, no estaba condicionado a dejar más tiempo en observación al paciente. En la evaluación médica a las 9:33 am estando en observación, *el paciente refiere mejoría clínica del dolor, no dificultad para*

¹En este caso el tejido graso visualizado por la Dra. Cuello fue identificado como el Tejido Subcutáneo: También conocido como fascia superficial, que contiene grasa y vasos sanguíneos.

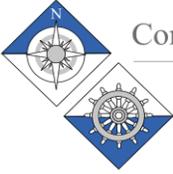
² Utilidad del examen físico para el diagnóstico de lesión intraabdominal en herida por el arma cortopunzante. Juliana Gomez Botero, Monica Restrepo -Jaramillo, Carlos Hernando Morales -Uribe. Rev. Colombiana Cirugía, 2018. En estudios recientes se muestra que la laparotomía exploratoria es innecesaria hasta el 70% de los pacientes con herida abdominal por arma cortopunzante, e incluso se han documentado efectos adversos significativos después de las laparotomías no terapéuticas relacionados con complicaciones, hospitalaria, costos y muerte.



respirar, no alteración de conciencia, no déficit neurológico, al examen clínico hidratado sin signos de dificultad respiratoria, adecuada tolerancia a la vía oral, mucosa oral húmeda tórax cardiaco y tórax normoexpansivo, campos pulmonares limpios, abdomen con herida periumbilical suturada, blando, depresible sin dolor ni clínicos ni signos de irritación peritoneal. Efectivamente dados los antecedentes descritos de lesión no penetrante y manejo terapéutico y acorde con la evolución sin signos de alarma, hemodinamicamente estable y sin signos de irritación peritoneal, resultaba valida la conducta de **darle salida con recomendaciones y signos de alarma para consultar por urgencias, control en la consulta externa en 24 horas, se explica al paciente y al familiar la patología la conducta tomada. Los efectos adversos de medicamentos y la necesidad de control de su patología en la consulta externa, refiere entender recomendaciones se informa derechos y deberes del paciente.** Dentro de las recomendaciones estaban dolor abdominal y signos de alarma (aumento del dolor, vomito, intolerancia gástrica, aumento de deposiciones). Es de destacar que el Dr. Moreno en entrevista rendida ante la fiscalía (como consta en documento que obra en el proceso) indico ademas que el paciente manifestó el deseo de abandonar el recinto donde estaba siendo atendido. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.4. Con fundamento en la orden de salida expedida por el doctor HUGO ORLANDO MORENO LÓPEZ, el paciente fue egresado del hospital sin que se le practicaran rayos x, ni ninguna otra ayuda diagnóstica para determinar la profundidad y los daños internos causados por la herida abdominal, pues ninguno de los dos médicos que lo atendieron ordenaron tales procedimientos.¹⁰

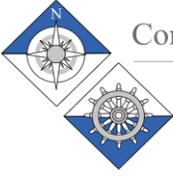
R/AI 3.4. No es cierto como lo afirma la parte actora. Es absolutamente falso que una radiografía constituya una ayuda diagnostica para determinar la profundidad de una lesión. Como ya se explicó al contestar el hecho anterior, el medico general Hugo Moreno reevaluó el paciente que ya había sido estudiado previamente por la Dra. Cuello, quien ya había desplegado todos los cuidados que el paciente requería y ya había suturado la herida abdominal que clasifco como no penetrante, en ese momento no había indicación de reexploracion de la herida, ni indicación de ayudas diagnósticas y en tal condición al hallar un paciente hemodinamicamente estable, sin signos de irritación peritoneal, no estaba condicionado a dejar más tiempo en observación al paciente, actuando con la confianza legitima que el par medico había actuado conforme con la lex artis ad hoc, se procede a dar la salida por evolución favorable, no solo con la indicación de las recomendaciones médicas y signos de alarma para consultar inmediatamente por urgencias si era el caso, pero ademas se



le advirtió que debía asistir para ser evaluado nuevamente por consulta externa, indicando positivamente el paciente que entendía la explicación y la necesidad de regresar para continuar manejo medico en el término preciso de 24 horas como quedo registrado y explicado al contestar el hecho anterior, y que desafortunadamente el paciente desatendió como quedo acreditado de acuerdo con los registros de historia clínica, y con cuyo comportamiento, de ser necesario algún tratamiento médico o quirúrgico, genero un retraso de tratamiento mayor de 24 horas que implicaba posibilitar mayores riesgos de morbimortalidad. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.5. Así las cosas, CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE se dirigió a su lugar de residencia¹¹ y allí permaneció durante tres días sin mejoría, por el contrario, su estado de salud empeoró con el pasar de las horas, por lo que sus familiares decidieron trasladarlo de nuevo al HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO, donde fue reingresado a urgencias a las 10:08 del 30 de enero de 2020, allí fue valorado a las 10:13 por el médico general DAVID ALEJANDRO POTES ARCE quien inmediatamente ordenó practicar radiografía de tórax y abdomen simple.

R/AI 3.5. No es cierto como lo afirma la parte actora. El hecho de que el paciente no haya consultado al servicio médico en las 24 horas siguientes y solo pasados 4 días siguientes a la herida por arma cortopunzante en el abdomen, especialmente después de haber recibido explicaciones sobre la importancia de hacerlo, contribuyó significativamente a agravar su cuadro clínico. La falta de atención médica en ese lapso permitió que la infección y otras complicaciones se desarrollaran sin control, lo que empeoró su estado de salud. Como ya se explicó al contestar el hecho 3.3 y 3.4. y ya para este momento 30 de enero de 2020 10:08 am que acude al servicio de salud, presentaba abdomen distendido, dolor a la palpación y emesis (vomito); con base en lo cual el Dr. Potes Arce considera el cuadro clínico actual compatible con obstrucción vs abdomen agudo, por lo que solicita serie de abdomen, rx de tórax y rx abdomen simple y revalorar. Se destaca de la nota que el paciente en la evolución de las 11:20 am no presentaba signos de irritación peritoneal hasta ese momento, obtenido el reporte de rx que muestra aumento de espacio hidroaéreos y en signos de pilas de monedas por lo que se solicita iniciar tramite de remisión a cirugía general para definir conducta. Adicionalmente según se conoció por la historia clínica de la Clinica Cristo Rey, el paciente era consumidor de sustancias psicoactivas (SPA), por lo que tal circunstancia puede haber afectado su juicio y capacidad para buscar ayuda médica a tiempo, lo que también influyó negativamente en su



pronóstico. La combinación de estos factores resultó en un deterioro injustificado y evitable de su condición. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

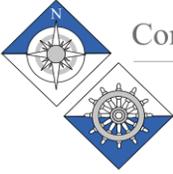
3.6. A las 11:45 del día 30 de enero de 2020, el médico general DAVID ALEJANDRO POTES ARCE, después de analizar el reporte de las radiografías de abdomen, en las que evidenció - *hemoperitoneo, niveles hidroaéreos, signos de irritación peritoneal*- decidió remitir al paciente como urgencia vital por abdomen agudo.

R/AI 3.6. Es cierto.

3.7. Siendo las 13:11 del día 30 de enero de 2020, CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE arribó a la CLÍNICA CRISTO REY de Cali, donde fue valorado por el médico general SIMÓN MERINO ESCOBAR, quien recibió al paciente con signos de perforación abdominal, consultado el cirujano de turno, este ordenó laparotomía exploratoria de carácter urgente.

R/AI 3.7. No nos consta. Sin embargo, del examen de historia clínica que obra en el expediente, se observa que la nota de ingreso a la Clínica Cristo Rey registra que ingresa el paciente con abdomen distendido defendido, taquicárdico con signos de perforación abdominal, dolor a la palpación generalizado, por lo que el Dr. Merino Escobar que lo recibe comenta el paciente con el Dr. Jimenez cirujano de turno quien considera laparotomía exploratoria³ de carácter urgente. Luego para ese momento se estima necesario explorar para ayudar a hacer el diagnóstico y tratar la causa de la dolencia que presentaba el paciente. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

³ Laparotomía exploratoria: Cirugía que se realiza para examinar los órganos abdominales y diagnosticar enfermedades o lesiones. Procedimiento que esta sujeto a riesgos y complicaciones. incluso puede presentarse laparotomía en blanco.



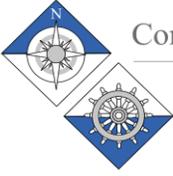
3.8. En la laparotomía exploratoria, los médicos encontraron en el paciente -*peritonitis fecal, adherencias peritoneales agudas, plastrón omental, perforación intestinal en espejo sobre cara antimesentérica a 130 cm de la válvula ileocecal, múltiples deserosamientos de intestino delgado y colección subhepática*- patologías que requirieron lavado de cavidad peritoneal, drenaje de peritonitis fecal, rafias¹² intestinales, y empaquetado.

R/AI 3.8. No nos consta. Sin embargo, del examen de historia clínica de la Clínica Cristo Rey que obra en el expediente, se observa registro de nota operatoria de la laparotomía exploratoria con hallazgos de peritonitis fecal, perforación del intestino delgado, drenando colecciones y se suturan heridas. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.9. Luego de la intervención quirúrgica, ante la presencia de sepsis de origen abdominal, SIRS¹³ activo y por el alto riesgo de shock séptico, CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE fue ingresado en la unidad de cuidados intermedios de la mencionada CLÍNICA CRISTO REY.

R/AI 3.9. No nos consta. Sin embargo, del examen de historia clínica de la Clínica Cristo Rey que obra en el expediente, se observa registro de nota operatoria en que se indica plan manejo en UCI ante sepsis abdominal y falla renal aguda. No obstante, fue ingresado en UCIN (cuidados intermedios) desconociendo el por qué no fue efectivamente trasladado a UCI para monitoreo y vigilancia continua ante el alto riesgo de choque séptico, con escalonamiento antibiótico a piperacilina tazobactam paraclínicos de control diarios y nuevo lavado peritoneal en 48 horas. De otra parte, se debe observar que en casos de peritonitis fecaloide generalizada con perforación intestinal que se evidencio en curso de la laparotomía exploratoria, esta combinación puede no ser suficiente debido a la gravedad y complejidad de la infección. En estos casos, se requiere un tratamiento más agresivo y específico que abarque una mayor variedad de patógenos y tenga una mayor eficacia en la eliminación de la infección. La razón principal es que la peritonitis fecaloide implica una contaminación masiva con bacterias del tracto gastrointestinal, incluyendo patógenos más resistentes y anaerobios más agresivos. Por lo tanto, se puede necesitar la adición de otros antibióticos o incluso un enfoque quirúrgico para controlar la infección y reparar la perforación⁴, de igual forma inmediatamente fue realizada la laparotomía exploratoria y de acuerdo con los hallazgos un

⁴ [Guía de tratamiento antibiótico empírico – PROACYL](#)



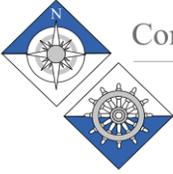
manejo multidisciplinario podría haber mejorado la identificación temprana de complicaciones, optimizando la estrategia de tratamiento y potencialmente mejorado el pronóstico del paciente. La implementación de un manejo multidisciplinario mediante juntas médicas podría haber tenido un impacto significativo en el desenlace del paciente. Este enfoque permite una evaluación más completa y coordinada, considerando las perspectivas de diversos especialistas como cirujano, intensivista, Infectólogo, nefrólogo y otros profesionales de la salud. Algunas ventajas del manejo multidisciplinario podrían haber sido:

1. **Evaluación integral:** Permite identificar y abordar múltiples problemas simultáneamente, asegurando que ninguna área crítica sea pasada por alto.
2. **Decisiones informadas:** La experiencia y conocimientos combinados de un equipo multidisciplinario pueden conducir a decisiones de tratamiento más precisas y efectivas.
3. **Monitoreo continuo:** Facilita el monitoreo constante y la respuesta rápida a cualquier cambio en el estado del paciente, ajustando el tratamiento según sea necesario.
4. **Coordinación de cuidados:** Mejora la coordinación de los cuidados y la comunicación entre los diferentes profesionales de la salud, lo que puede resultar en una atención más eficiente y efectiva.

En síntesis, un manejo multidisciplinario podría haber mejorado la identificación temprana de complicaciones, optimizado la estrategia de tratamiento y potencialmente mejorado el pronóstico del paciente. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.10. Durante varios días le fue tratada esta patología con antibióticos y nuevos lavados quirúrgicos;¹⁴ no obstante la "sepsis de origen abdominal secundaria a lesión por arma cortopunzante" persistió y el día 5 de febrero de 2020, la salud de CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE, estaba bastante deteriorada, por lo cual fue descrito por el médico internista JOSÉ LEYMAR ESTUPIÑÁN LOZANO, como un paciente en malas condiciones generales, crítico, con complicaciones mecánicas dadas por dehiscencia¹⁵ a repetición, con SIRS activo, leucocitosis severa y compromiso hemodinámico marcado.

R/AI 3.10. No nos consta. Sin embargo del examen de historia clínica de la Clínica Cristo Rey que obra en el expediente, se hace necesario verificar si efectivamente el escalonamiento de los antibióticos, paraclínicos de control, lavado peritoneal, monitoreo continuo, vigilancia



estricta y demás conductas indicadas conforme la lex artis ad hoc para enfrentar y sortear las complicaciones suscitadas para el momento que fue tratado en la Clínica Cristo Rey se cumplió de manera pertinente y oportuna, o en su defecto se incurrió en acción y/u omisión que contribuyó o incidió de manera determinante en el desenlace fatal. Por lo demás deberá probarse con validez científica.

3.11. A las 00:26 horas aproximadamente del día 6 de febrero de 2020, CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE fue encontrado sin pulso, se le realizaron maniobras de reanimación y suministro de adrenalina, no obstante, a las 00:36 horas, fue declarado muerto.

R/AI 3.11. No nos consta. Sin embargo, del examen de historia clínica de la Clínica Cristo Rey que obra en el expediente se desprende que es cierto.

3.12. Según el INFORME PERICIAL DE NECROPSIA N° 2020010176001000317, realizado por el médico forense DIANA MARCELA HERNANDEZ CASTAÑO, la causa básica de muerte del señor CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE, fue sepsis abdominal secundaria a lesiones intestinales por arma cortopunzante en abdomen.

R/AI 3.12. No nos consta. Sin embargo del examen de la historia clínica del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo y la historia clínica de la Clínica Cristo Rey que obra en el expediente, la causa básica de muerte descrita en la autopsia medicolegal no significa que la muerte sea atribuible a la atención médica primaria, pues se hace necesario examinar la adherencia del paciente al manejo médico instaurado y recomendado e igualmente se hace necesario verificar si efectivamente para el momento que fue tratado en la Clínica Cristo Rey se cumplió de manera pertinente y oportuna con el escalonamiento de los antibióticos, paraclínicos de control, lavado peritoneal, monitoreo continuo, vigilancia estricta y demás conductas indicadas conforme la lex artis ad hoc para enfrentar y sortear las complicaciones suscitadas, o en su defecto se incurrió en acción y/u omisión que contribuyó o incidió de manera determinante en el desenlace fatal. Por lo demás deberá probarse con validez científica.



3.13. Ese desafortunado desenlace se habría evitado, si CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE hubiera recibido el diagnóstico y tratamiento adecuado para el TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE con el cual llegó al servicio de urgencias del HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO el día 27 de enero de 2020 a las 05:11 AM, como pasa a explicarse a continuación.

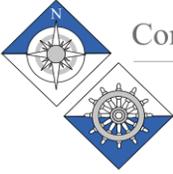
R/AI 3.13. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.14. Los médicos ANABELLE CUELLO PEDROZO y HUGO ORLANDO MORENO LÓPEZ, recibieron al paciente CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE con un TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE evidente, cuyo diagnóstico era obvio o relativamente fácil pues el mismo paciente que llegó al servicio de urgencias, orientado, consciente, explicó el motivo de consulta que era una herida causada por arma cortopunzante -*cuchillo*-, por lo que de acuerdo a la guía para el manejo de urgencias se debía sospechar penetración abdominal y perforación de víscera hueca.

R/AI 3.14. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnóstico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. y 3.3. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.15. En ese orden de ideas, de conformidad con la guía para el manejo de urgencias, los médicos tratantes debieron: **i)** realizar una valoración física exhaustiva mediante exploración digital, instrumentada o palpación abdominal para descartar herida penetrante; **ii)** ordenar como mínimo la práctica de radiografía de tórax y abdomen simple para validar lo anterior y descartar perforación de víscera hueca; **iii)** dejar al paciente en observación mínimo 24 horas.

R/AI 3.15. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnóstico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y



perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.16. Es evidente, que en el caso de la atención medica brindada a CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE, se omitió realizar la exploración digital o instrumentada de la herida abdominal o si se realizó se hizo de forma imperita, pues si se hubiera realizado debidamente, se habrían percatado de que la herida del abdomen era penetrante al peritoneo.

De igual forma, si se realizó la exploración digital o instrumentada y no se logró determinar que la herida era penetrante, pues ello de suyo evidencia impericia en el ejercicio de la práctica médica.

R/AI 3.16. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnostico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.17. Adicionalmente debe decirse, que los profesionales médicos no utilizaron todos los recursos técnicos y diagnósticos que tenían disponibles en el HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO como lo son los rayos x, pues omitieron ordenar como mínimo la práctica de radiografía de tórax y abdomen simple con la finalidad de determinar la penetración de la herida en el peritoneo, el posible compromiso de órganos internos, para establecer la necesidad o no de una cirugía. La omisión de un método diagnostico tan sencillo, efectivamente se convirtió en causa de la muerte del paciente y ciertamente evidencia un actuar negligente.

R/AI 3.17. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnostico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al



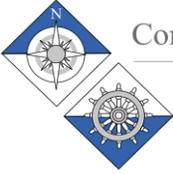
contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.18. Los anteriores errores determinaron a los médicos tratantes a desconocer la magnitud del trauma abdominal penetrante desde el momento en que se realizó el examen físico y la evolución, omitiendo el protocolo de manejo del TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE ABIERTO, procediendo en cambio a simplemente coser la pared abdominal, dejando perforado el intestino delgado y a darle salida al paciente sin respetar el tiempo mínimo de observación recomendado para estos casos (24 horas).

R/AI 3.18. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnóstico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.19. Los médicos tratantes actuaron basándose en su error e hicieron caso omiso al protocolo indicado de acuerdo a la *lex artis* para una herida penetrante de abdomen, en la cual se debe sospechar perforación de víscera hueca y ser manejada como tal, para evitar complicaciones, especialmente la extravasación de su contenido a la cavidad peritoneal causando *peritonitis*.

R/AI 3.19. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnóstico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.



3.20. En conclusión, los médicos tratantes por causa de sus errores en la valoración física y en la evolución posterior, omitieron además realizar un examen complementario que resultaba indicado para el caso concreto, como lo era la radiografía, para tener certeza del daño en la cavidad abdominal, principalmente en las vísceras huecas de CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYABE, antes de darle salida de la institución hospitalaria.¹⁶

R/AI 3.20. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora que hacer el diagnóstico era obvio o relativamente fácil de sospechar la penetración abdominal y perforación de víscera hueca y en esa misma medida el tratamiento; como ya se explicó al contestar los hechos 3.2. , 3.3. y 3.4. a los que nos remitimos para dar respuesta a este hecho. Deberá probarla en todo caso idóneamente con validez científica.

3.21. Según lo explicado anteriormente, la muerte de CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYABE fue causada por diagnóstico insuficiente, tratamiento equivocado de su TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE y egreso temprano, errores que le produjeron peritonitis, sepsis abdominal y la muerte.

R/AI 3.21. No es un hecho (circunstancia de tiempo, modo o lugar) corresponde a una afirmación de carácter subjetivo y por tanto especulativa que formula la parte actora, antes que atribuir la muerte a la atención médica primaria se hace necesario hacer un examen integral y en conjunto de la historia clínica del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, la historia clínica de la Clínica Cristo Rey y la adherencia del paciente al manejo médico instaurado y recomendado e igualmente se hace necesario verificar si efectivamente para el momento que fue tratado en la Clínica Cristo Rey se cumplió de manera pertinente y oportuna con el escalonamiento de los antibióticos, paraclínicos de control, lavado peritoneal, monitoreo continuo, vigilancia estricta y demás conductas indicadas conforme la lex artis ad hoc para enfrentar y sortear las complicaciones suscitadas, o en su defecto se incurrió en acción y/u omisión que contribuyó o incidió de manera determinante en el desenlace fatal. Por lo demás deberá probarse con validez científica.



3.22. CRISTIAN ORLEY TABARES ARROYAVE en vida se desempeñó como distribuidor independiente de huevos en un establecimiento denominado la bodega del huevo, actividad por la cual devengaba un promedio mensual de UN MILLÓN DE PESOS (\$ 1.000.000) dinero que destinaba al sostenimiento del hogar conformado con su compañera permanente DANIELA HERNANDEZ QUINTERO y su hijo JASSER SANTIAGO TABARES HERNANDEZ.

R/AI 3.22. No nos consta, deberá probarlo idóneamente.

3.23. El requisito de procedibilidad (conciliación extrajudicial) necesario para la interposición de la presente acción se cumplió ante la Procuraduría 165 Judicial II para asuntos administrativos de Cali, despacho en el que se realizó la última audiencia el 08 de febrero de 2021.¹⁷

R/AI 3.23. El explorar formulas conciliatorias en audiencia de conciliación no genera ninguna consecuencia u efecto legal ni significa reconocimiento de responsabilidad alguna, simplemente corresponden a fórmulas de solución de conflictos para precaver debates judiciales como el que estamos sosteniendo en este momento, como claramente lo tiene estipulado la ley.

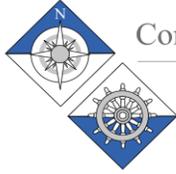
FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA

A los Hechos

R/AI 1.1. Es cierto que el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo (HLBE) es una E.S.E. de primer nivel de complejidad.

R/AI 1.2. Es cierto que el señor Cristian Orley Tabares Arroyabe fue atendido en el Hospital HLBE de Yumbo.

R/AI 1.3. Es cierto que los médicos generales Anabelle Cuello Pedrozo y Hugo Orlando Moreno Lopez atendieron al señor Cristian Orley Tabares Arroyabe el día 27 de enero de 2020.



R/AI 1.4. Es cierto que le fue formulada demanda de reparación directa al Hospital HLBE con ocasión a la atención medica brindada al paciente Cristian Orley Tabares Arroyabe.

EXCEPCIONES DE FONDO

I. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN POR AUSENCIA DE CULPA GRAVE⁵ y AUSENCIA DE NEXO CAUSAL

Frente a la inconformidad del tratamiento médico brindado que formula la parte actora debemos hacer franca oposición por cuanto la argumentación no encuentra respaldo probatorio ni jurídico para que prosperen las pretensiones de la parte actora. Pues como se podrá establecer el proceder del galeno ANABELLE CUELLO PEDROZO fue conforme con la diligencia y cuidado admitida, en tratándose la actividad medica de una actividad de medio y no de resultado como amplia y reiteradamente ha sido reconocida tanto por la jurisprudencia como por la doctrina y la ley.

1. LA GALENA ANABELLE CUELLO PEDROZO NO INCURRIO EN ERROR DE CONDUCTA NI EN OMISIÓN PROFESIONAL. CONSECUENTEMENTE PROPONGO COMO EXCEPCION LA INEXISTENCIA DE RELACION DE CAUSA A EFECTO ENTRE LOS ACTOS DE CARÁCTER MEDICO CUMPLIDOS POR LA DRA. CUELLO PEDROZO Y EL RESULTADO QUE AFECTO AL PACIENTE .

Siendo la ciencia médica, un ciencia inexacta por naturaleza, al ser ciencia valorativa, así puede ocurrir en muchos casos que ante un mismo paciente con determinados síntomas varios médicos ofrecen diagnósticos distintos, inexacta por la normal interferencia en la curación, de

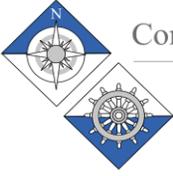
⁵ Consejo De Estado, Sección Tercera, Subsección A. Sentencia 1998-01494 de septiembre 14 de 2016, Radicación: 0500-12-33-1000-1998-01494-01 (43.353), MP. Marta Nubia Velásquez Rico, actor: Nación - Ministerio de Defensa - Policía Nacional, demandado: Eliseo Rojas Penagos.

Santofimio Gamboa, Jaime Orlando. Tratado de Derecho Administrativo. Tomo III. Universidad Externado de Colombia. 2004. Págs. 200 – 203

Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 2 de mayo de 2007. Rad No. 31217, C.P Ruth Stella Correa Palacio.

Consejo de Estado, Sección Tercera Subsección B, sentencia de junio 6 de 2019, C.P. Martín Bermúdez Muñoz, Rad. 05001-23-31-000-2002-01445-01(44527)

Consejo de Estado, Sección Tercera Subsección B, sentencia de marzo 15 de 2017, Rad. 05001-23-31-000-2006-02046-01(43831), C.P. Ramiro Pazos Guerrero

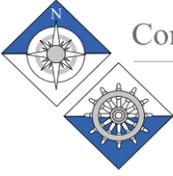


circunstancias generalmente imprevisibles como calidad de los medicamentos, resistencia del enfermo, respuesta del organismo, estado de la enfermedad, etc.⁶ Todo ello lo que nos está significando es que no hay evidencia que permita considerar que el medico en particular, obrara de forma imperita, negligente o imprudente, o violando reglas de cuidado, por el contrario en la historia clínica existen suficientes elementos para concluir que la conducta fue adecuada y diligente, a la expectativa de comportamiento al impulsar conducta requerida por el paciente.

Probar que existe un nexo causal entre el hecho que constituye la fuente normativa de la responsabilidad y el daño producido será siempre necesaria para que la imputación pueda tener lugar y con ella pueda nacer la responsabilidad, pero la mera relación de causalidad entre el hecho (y su autor) y el daño no basta para justificar la atribución del deber de reparación al sujeto a quien la ley califica de responsable. En tales casos y en todos aquellos en los que la responsabilidad se configura legalmente al margen de la idea de culpa, la imputación no puede realizarse con base en la mera causación material del daño, sino que tiene que apoyarse, previa justificación de su procedencia, en otras razones a títulos jurídicos diferentes.

De acuerdo con el criterio científico, a la medica ANABELLE CUELLO PREDROZO que atendiera al paciente CRISTIAN O. TABARES A.(QEPE). Lo hizo dentro de los parámetros científicos indicados, el procedimiento corresponde a lo que indica la ciencia médica para el caso específico, siendo idóneo en su campo, luego el resultado adverso que sobreviniera no se puede enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño frente a su actuar, sino que corresponde a complicación sobreviniente y el resultado desafortunado que ahora se pretende calificar como daño indemnizable en virtud a la supuesta responsabilidad administrativa no es adjudicable a la conducta medica brindada por mi patrocinado como se podrá verificar en curso del proceso.

⁶ González Moran, La responsabilidad civil del medico Pág. 96



2. INEXISTENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ACUERDO CON LA LEY

La excepción propuesta se fundamenta en el artículo 13 del Decreto 3380 de 1981 cuyo contenido es el siguiente:

“Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos o de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento medico ”

En efecto el resultado desafortunado que presento el paciente CRISTIAN O. TABARES posterior a la atención de mi procurada, constituyo para esta un fenómeno de Irresistibilidad dentro del campo de la práctica médica, para quien el efecto dañoso sobreviniente se tornó en inevitable.

El actor pretende edificar una culpa y una consecuencia indemnizatoria sin importar su origen, esquema jurídico propio de las responsabilidades objetivas dentro del marco de las actividades peligrosas, circunstancia que no puede ser de recibo en el presente caso, máxime que la actividad médica constituye un concepto tridimensional que entremezcla la técnica, la ética y el derecho.

No es suficiente que se dé una causalidad material, debe verificarse una causalidad jurídica para verificar la responsabilidad médica administrativa. En cita de derecho comparado del catedrático Ricardo De Angel Yagüez al prologar al tratadista Carlos I. Jaramillo⁷ pone de manifiesto la incongruencia que constituye sustraer la actividad médica a la teoría del riesgo, siendo así que este último el riesgo es una de las características de la práctica de los actos médicos, y al destacar la jurisprudencia española señala “la singularidad del objeto de actuación de la Medicina, la persona como organismo vivo sujeto a reacciones y sensibilidades imprevisibles en el estado actual de la ciencia médica”. Expresión a la que se suele unir la

⁷ La Culpa y la Carga de la Prueba en el campo de la Responsabilidad Medica. Ed. Ibañez. Javeriana Bogotá. Carlos Ignacio Jaramillo J. pag. 31 ed. 20



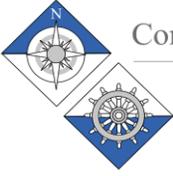
observación de que el resultado, entendido como curación del paciente, es “de impredecible previsión hasta por el enigma somático o reacción fisiológica del enfermo”

Es obvio pues, que las condiciones particulares del paciente, constituyo factor de riesgo, sobre el cual de manera anticipada no se podía inferir o garantizar que pudiera sobrevenir un resultado adverso como en efecto ocurrió, por lo que la manifestación del resultado desafortunado, en este caso la muerte de CRISTIAN O. TABARES, que le da impulso a la demanda, constituye desde la faz jurídica un evento denominado en el campo teórico de los eximentes de responsabilidad como el hecho de un tercero hecho de la victima y que se tornó en irresistible y por ende inevitable pese a la buena práctica médica como probatoriamente se podrá verificar en el proceso, con lo cual estamos significando que ha de prosperar las excepciones propuestas.

En este sentido por su parte anota el Consejero de Estado Alier Hernández “los médicos actúan sobre personas que presentan alteraciones de la salud, lo que implica el desarrollo de diversos procesos en sus organismos, que tienen una evolución propia y, sin duda en mayor o menor grado, inciden por si mismos en la modificación o agravación de su estado, al margen de la intervención de aquellos.” Y la Sala toma para si los razonamientos que en igual sentido formula el autor Alberto Bueres: “creemos que el mero contacto físico o material entre el actuar profesional y el resultado, no siempre ha de ser decisivo para tener por configurada la relación causal, pues en la actividad medica el daño no es de suyo, en todos los casos, revelador de culpa o de causalidad jurídica (adecuada). En rigor, a partir de la evidencia de que el enfermo acude al médico por lo común con su salud desmejorada, a veces resulta difícil afirmar que existe un daño, y en otras oportunidades, los tropiezos se localizan en el establecer si ciertamente el daño (existente) obedece al actuar médico o si deriva de la evolución natural propia del enfermo”⁸

El evento objeto de estudio constituyo en ultimas un fenómeno de difícil previsión dentro del campo de la práctica médica, el profesional médico que suministrara en su oportunidad la atención al paciente es profesional de reconocida idoneidad y experiencia para quien tales

⁸ Ataz López, Los médicos y la responsabilidad civil, Ob. citada. Pag 340.



efectos dañosos son igualmente imprevisibles, máxime si se adoptó medidas terapéuticas para que ello en lo posible no acaeciera.

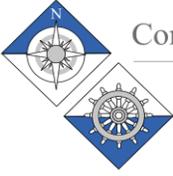
Es de precisar que en este caso el daño que se materializa con la muerte del paciente no ha de responder en todo caso de ningún daño, si se evidencia que no fue debido a su negligencia, al no poder atribuirse cualquier consecuencia, por nociva que sea, que cae por tanto fuera de su campo de acción profesional.

3. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE MEDIO⁹BRINDADO POR LA DRA. ANABELLE CUELLO PREDROZO EN LA ATENCION DEL PACIENTE.

A la Dra. ANABELLE CUELLO PREDROZO le correspondió atender, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular le exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios del individuo y exógenos o del medio ambiente, lo que llevo a tornarse en irresistible frente al manejo implementado para sortearlo, pese a lo cual sobrevino. La conducta científica dispuesta por el galeno fue válida para el cuadro clínico motivo de consulta. Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado a practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento. Bástenos traer a colación la cita jurisprudencial que sirve de soporte jurídico a nuestro planteamiento técnico:

"... Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad" (Sentencia de

⁹ La actividad medica precisemos no solo ha sido definida por la doctrina especializada y la jurisprudencia como obligación de medio sino también por la ley: **Ley 1438 de 2011 artículo 104.**



agosto 24 de 1998. Expediente II.833 Consejero Ponente Dr. Jesús María Carrillo Ballesteros)

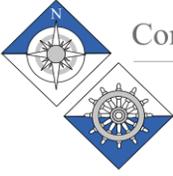
Al médico le correspondió atender, cumpliendo con los deberes profesionales que la ciencia médica en particular les exigía, siéndole propio el de abstenerse de prometer un resultado en razón precisamente de las características propias de la ciencia médica y en atención al reconocimiento de los factores de orden endógeno y exógeno que conlleva todo tratamiento médico, está plagado de riesgos considerables, factores de riesgo que pueden ser endógenos o biológicos, propios de individuo y exógenos o del medio ambiente.

Y es que el médico contrae frente al paciente una obligación de medio y no de resultado consistente en la aplicación de su saber y de su proceder, a favor de la salud del paciente, ya que está obligado al practicar, una conducta diligente que normal y ordinariamente pueda alcanzar la curación, sin que ello signifique que el fracaso del tratamiento ó la ausencia de éxito se traduzca en incumplimiento.

Considerar que la obligación médica es una obligación de resultado, desconociendo su naturaleza, sería tanto como aplicar la responsabilidad objetiva en éste campo, lo cual no es de recibo, pues resulta claro que en ésta materia el riesgo que representa el tratamiento lo asume el paciente y es él quien debe soportar sus consecuencias, cuando ellas no puedan imputarse a un comportamiento irregular de la entidad. En igual sentido la Corte Constitucional en sentencia T-645 de noviembre 26/1996 M.P. Alejandro Martínez Caballero expuso que el Derecho a la salud no implica una obligación de resultado.

4. EXONERACIÓN POR ESTAR PROBADO QUE EL EQUIPO MEDICO ACTUO CON LA DEBIDA DILIGENCIA Y CUIDADO.

Por cuanto el objeto de la obligación de la medico se desarrolló dentro de los lineamientos que la técnica médico científica acepta y recomienda como tratamiento para el compromiso que evidencio en ese instante el paciente, en el estadio puesto de presente. El paciente fue atendido por el profesional médico idóneo, calificado y de forma diligente y oportuna, la labor de la profesional de la salud se desarrolló dentro de lineamientos esperados. Debemos destacar que la medicina no es una ciencia exacta en ninguna de sus especialidades y aunque los procedimientos difieren en complejidad y escala de dificultades técnicas el resultado de éste procedimiento médico podrán ser esperable, pero nunca predecible, ya que ningún



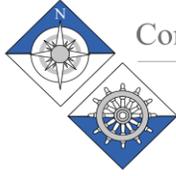
galeno por más experto y hábil que sea puede garantizar previo a la intervención o al tratamiento un resultado ciento por ciento satisfactorio ya que en el mismo tratamiento se pueden presentar complicaciones o riesgos inherentes a la intervención como por ejemplo la que tuvo ocurrencia en este caso, bien puede derivar de características individuales del paciente ó idiosincrasia, y que pese a haber implementado en su oportunidad el tratamiento reconocido y aceptado y basado en evidencias, no significa que eventualmente se presenten circunstancias de caso fortuito que constituyen un hecho muchas veces imprevisible, y que aun siendo previsible resulta inevitable o insuperable.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE INDEMNIZAR POR AUSENCIA DE NEXO CAUSAL COMO ELEMENTO ESTRUCTURAL DE LA RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA.

Finalmente, continuando con el planteamiento realizado en las excepciones anteriores y fundamentado en los hechos y contestación, no otra cosa se puede predicar como conclusión que NO EXISTE RELACION DE CAUSALIDAD entre la conducta del medico y el evento de la muerte, que nos lleve a hacer la imputación Jurídica.

Como ingrediente de la conducta médica no se vislumbra en ningún momento que el profesional de la salud haya incurrido en alguna modalidad culposa en la atención del paciente, por el contrario como lo advertíamos en otro aparte de esta contestación la atención ha sido diligente y cuidadosa. No se configura la culpa medica en ninguna de sus formas. No hubo impericia, ya que al médico tratante la respalda con experiencia debida y que cuenta con la idoneidad necesaria. No hubo negligencia, ya que aplicó los conocimientos médicos científicos indicados y lo hizo en forma adecuada y oportuna, sin que se hubiera dado en ningún momento un descuido u omisión. Y mucho menos se dio Imprudencia, pues dispuso de los medios adecuados para la consecución de su fin. Si por darse un resultado sobreviniente, no obstante, el esfuerzo, la diligencia, el cuidado y la prudencia prestada, ninguna culpa le es imputable y ninguna responsabilidad puede exigírsele.

Lo contrario supondría prescindir de la idea subjetiva de culpa, propia de nuestro sistema, para poner a su cargo una responsabilidad de naturaleza objetiva derivada del simple resultado alcanzado en la realización del acto médico, al margen de cualquier otra valoración sobre culpabilidad y relación de causalidad y de la prueba de una actuación médica ajustada a la lex artis, cuando está reconocido científicamente que la seguridad de un resultado no es



posible pues no todos los individuos reaccionan de igual manera ante los tratamientos de que dispone la medicina actual.

II. CONDUCTA DEL PACIENTE. CULPA DEL PACIENTE POR FALTA DE ADHERENCIA A LAS INDICACIONES Y RECOMENDACIONES MEDICAS.

La falta de seguimiento de las recomendaciones médicas, advertencias y citas por parte del paciente puede tener una incidencia significativa en su evolución y desenlace, especialmente en situaciones médicas críticas. En este caso específico, el incumplimiento de la indicación de consultar por consulta externa 24 horas después y en todo caso acudir al servicio de urgencias si en curso de dicho tiempo presentara signos de alarma, conforme las advertencias recomendaciones médicas de acudir inmediatamente ante la manifestación de tales como quedo registrado en historia clínica en nota del galeno Hugo Moreno, tal determinación autónoma y voluntaria del paciente sin duda contribuyo al retraso en el tratamiento y afecto tanto la morbilidad como la mortalidad que tuvo como desenlace el caso, asi:

1. **Deterioro del estado de salud:** La falta de control y seguimiento médico puede permitir que la condición del paciente se deteriore sin la intervención oportuna necesaria para estabilizarlo y tratar complicaciones emergentes.
2. **Desarrollo de complicaciones:** No atender signos de alarma puede resultar en el desarrollo de complicaciones graves que podrían haberse prevenido o tratado de manera más efectiva si se hubieran abordado a tiempo.
3. **Infección y sepsis:** En el contexto de una herida abdominal por arma cortopunzante, el retraso en la atención puede haber permitido que una infección no tratada progrese a sepsis, complicando aún más el cuadro clínico.
4. **Evaluación y ajuste de tratamiento:** El control en consulta externa permite a los médicos ajustar tratamientos en función de la evolución del paciente y manejar efectos adversos de manera efectiva. La ausencia en estos controles impide realizar ajustes necesarios.

Si bien el sistema de salud tiene la responsabilidad de proporcionar una atención adecuada y seguimiento, el paciente también tiene una responsabilidad en cumplir con las indicaciones médicas para asegurar su propio bienestar.

Luego, el incumplimiento de las recomendaciones y citas médicas tuvieron una incidencia significativa en la agravación del cuadro clínico y en el desenlace del paciente. La colaboración y adherencia a las indicaciones médicas son fundamentales para asegurar un tratamiento efectivo y mejorar los resultados de salud. Luego surge la pregunta:



Cuáles son las complicaciones emergentes que pueden surgir del hecho de que el paciente no consulte según las instrucciones medicas?

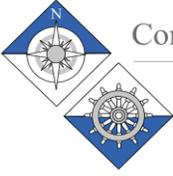
No seguir las instrucciones médicas puede llevar a varias complicaciones emergentes, especialmente en casos críticos como la que sobreviniere en este caso denominada sepsis abdominal. Algunas de estas complicaciones incluyen:

1. **Progresión de la infección:** La falta de tratamiento oportuno puede permitir que la infección se propague y se vuelva más grave, llevando a sepsis y choque séptico.
2. **Deterioro de la función orgánica:** La sepsis puede causar disfunción de múltiples órganos, incluyendo el hígado, los riñones, el corazón, cerebro y pulmón. lo que puede resultar en insuficiencia orgánica.
3. **Complicaciones respiratorias:** La sepsis puede llevar a la acumulación de líquido en los pulmones (neumonía) o extrapulmonar(derrame pleural) con dificultades respiratorias graves.
4. **Coagulopatías:** La sepsis puede causar problemas de coagulación, lo que puede llevar a la formación de microtrombos y complicaciones hemorrágicas.
5. **Insuficiencia renal aguda:** La sepsis puede causar daño renal, llevando a la insuficiencia renal aguda, que puede requerir diálisis.
6. **Choque séptico:** La sepsis puede llevar a un estado de choque séptico, que es una condición potencialmente mortal que requiere intervención intensiva.
7. **Muerte:** En casos graves, la falta de seguimiento médico adecuado puede llevar a la muerte del paciente.

III. CRITERIO JURIDICO APLICABLE DE CULPA PROBADA Y CARGA DE LA PRUEBA A CARGO DEL ACTOR

No puede atribuírsele al acto médico la especial y restrictiva condición de riesgosa, con el pretexto de mejorar la posición del paciente, inconcreto, en lo atinente a la carga de la prueba¹⁰, ya que se alteraría, desarticulando en grado sumo el concepto prístino de la actividad

¹⁰ Sentencia de Casación Exp. 5507 Dr. José Fernando Ramírez Gómez.



galénica, muy distante, de aquellas que ejecutan personas que desarrollan prototípicas actividades peligrosas, en potencias lesivas de caros intereses jurídicos y extrajurídicos. Los médicos como en este caso por antonomasia procuraron preservar y salvar la salud de su paciente, (medicina curativa) y no menoscabar su integridad física y mental, para el que se implementó como terapéutica que estaba indicada y cuyo propósito no era otro que el de beneficiar a la paciente.

Si bien es cierto, la prueba de la culpa médica es uno de los aspectos que pueden generar más polémica en materia de la responsabilidad médica, ello lo es sobre todo, por cuanto su determinación encierra aspectos relacionados con el carácter científico de la profesión. En este sentido el examen de la culpa reviste particular importancia, por cuanto en el ejercicio medico existen numerosos imponderables, que a veces involucran el deceso del paciente como una reacción adversa al tratamiento o un desenlace inesperado que no pudo evitar el médico, a pesar de la diligencia y prudencia en su actuar. Pues bien lo señalo la Corte¹¹ que

“el médico no será responsable de la culpa o falta que se le imputan, sino cuando estas hayan sido determinantes del perjuicio causado”.

Luego presunciones judiciales que antaño llegaron a catalogar el ejercicio de la medicina como actividad peligrosa, como se llegó a afirmar a mediados del siglo pasado¹² se caen de su peso. Los nuevos lineamientos jurisprudenciales permiten reconocer que la medicina no configura una actividad riesgosa, ejercida con fundamento en los cánones señalados por la lex artis, máxime que la pretensión del médico es atender el padecimiento del enfermo, es decir, configura un motivo noble, muy distinto a ejercer la actividad de la conducción de un vehículo, o la de disparar un arma de fuego, ello si se pretende enmarcar dentro del marco de la responsabilidad extracontractual, pues dentro del marco contractual, la Corte mantiene la distinción entre obligaciones de medio y obligaciones de resultado, indicando que en general

¹¹ Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 Exp. 5507 José Fernando Ramírez Gómez. Pág. 25

¹² Sentencia de 5 de marzo de 1940 y pregonada luego por la Corte en 1942 y 1959. Dista mucho de reconocer hoy la actividad médica como actividad peligrosa, así lo advierte la sentencia de la Corte de enero 30 de 2001 Exp. 5507 José Fernando Ramírez Gómez. Pág. 25.



son de medio, y excepcionalmente como en caso de cirugía estética, se identifican como de resultado. Y es en este último evento que se traslada la carga de la prueba para explicar y justificar la no obtención del resultado acordado previamente.

En ese sentido el tratadista y exmagistrado de la Corte Javier Tamayo Jaramillo expreso "tradicionalmente la doctrina y la jurisprudencia aceptan que tanto en la responsabilidad civil como en la del Estado, la culpa debe ser probada en caso de demandas por los daños derivados de la prestación de un servicio de salud. Se dice, generalmente, que la obligación del médico es de medios, poco importa que el acto médico sea en si mismo peligroso o riesgoso. Se dice que el aleas de la intervención médica impide imponerle al médico una obligación de resultado".¹³ En esta materia bástenos señalar que en materia judicial los procesos de responsabilidad civil en general, propugna la protección de la víctima, pero esta protección no puede ir más allá de los límites legales, para no forzar la aplicación de la normatividad en detrimento del demandado o del deudor en su orden.

Las ciencias sean naturales o sociales, no son del dominio de seres perfectos; la imperfección es un dato distintivo y necesario en el ser humano, y esto no lo pueden olvidar los tribunales en sus fallos. El juzgador so pretexto de aligerar la prueba de nexo de causalidad no puede cargar la ignorancia de la causa al médico o, por el contrario, no razonar en relación con las varias posibles causas que pudieron concurrir, debe ser razonable en grado sumo para no convertir al médico en receptor inadecuado de la causalidad, y aplicar las consecuencias presuntivas de ella en su contra. Podemos afirmar que las presunciones de culpa o las facilitaciones de prueba de nexo de causalidad, a la postre, como lo pudo evidenciar el propio Consejo de Estado, y de ahí los cambios jurisprudenciales, son aplicación de responsabilidad objetiva. Decir que la carga de la prueba se debe ajustar a la realidad del caso, es romper moldes prefijados de prueba, para permitir la ágil y consciente hermenéutica del fallador; porque el juez no es un aplicador silente de la norma, es creador de valores sociales, de reglas de convivencia y garante de derechos.

¹³ Javier Tamayo Jaramillo. La responsabilidad del Estado, el daño antijurídico, el riesgo excepcional y las actividades peligrosas. Ed. Temis 1997. Pag. 154.



IV. INEXISTENCIA DE DAÑO ANTIJURIDICO Y EN CONSONANCIA CON ELLO CARECE DE FUNDAMENTO LAS PETICIONES ECONOMICAS, LAS DECLARACIONES Y CONDENAS.

Nos oponemos rotundamente a todas y cada una de las pretensiones, declaraciones y condenas solicitadas por la parte actora dentro de la demanda de responsabilidad administrativa, como quiera que las mismas carecen de fundamentos facticos y jurídicos que establezcan la existencia de un daño antijurídico soportado por el demandante, que encuentre su fuente en la supuesta culpa que se imputa a quien represento.

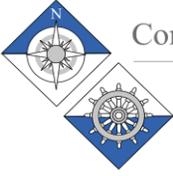
Tratándose de la pretensión de condena en contra de mi representado por concepto de perjuicios morales debe manifestar el suscrito, que su tasación se encuentra establecida en tablas jurisprudenciales, heigual de cierto resulta que la Jurisdicción administrativa, siendo el máximo Juez natural y guía doctrinal dentro de los asuntos sometidos a esta jurisdicción, ha establecido dentro de su prudente juicio unos límites referentes a la tasación del perjuicio moral.

Cualquiera que fuera el monto de una supuesta condena en perjuicios morales a favor de la parte actora, esta debería respetar los límites indicados reiteradamente por la jurisprudencia administrativa, de tal suerte que en ningún caso podría accederse a la suma solicitada por la parte actora frente a los quantum indemnizatorio.

Es de resaltar, que si no existe daño indemnizable, mucho menos perjuicio, y si no hubo un comportamiento culposo, pues no hay impericia, ni negligencia, ni descuido, en el actuar del equipo médico que hiciera parte mi poderdante, ni hay responsabilidad como se demostrara dentro del proceso, mucho menos puede haber lugar a la indemnización.

Así lo ha señalado la ley, la jurisprudencia y la doctrina. En el libro El Daño de Juan Carlos Henao, editado por el Departamento de Publicaciones de la Universidad Externado de Colombia en julio de 1998, donde señala:

“El daño es la razón de ser de la responsabilidad y por ello, es básica la reflexión de que su determinación en si, precisando sus distintos aspectos y su cuantía, ha de ocupar el primer lugar en términos lógicos y cronológicos, en la labor de la partes y el juez en el proceso. Si no hubo daño o no se puede determinar o no se le pudo evaluar hasta allí habrá de llegarse; todo esfuerzo adicional, relativo a la autoría y a la calificación moral



de la conducta del autor resultara necio e inútil.... El daño es, entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente toma inficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de esta lógica es simple. Si una persona no ha sido dañada no tiene por qué ser favorecida con una condena no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa. El daño es la causa de la reparación y la reparación es la finalidad última de la responsabilidad civil....EL DAÑO ES REQUISITO NECESARIO MAS NO SUFICIENTE PARA QUE SE DECLARE LA RESPONSABILIDAD. Regla primordial del derecho de responsabilidad es aquella que enuncia que "sin perjuicio no hay responsabilidad.... En efecto, la existencia del perjuicio es de tal trascendencia que su ausencia implica la imposibilidad de pretender la declaratoria de responsabilidad.... Sin embargo, en ocasiones a pesar de existir daño no procede declara la responsabilidad. Esto por cuanto el daño es requisito indispensable pero no suficiente para que se declare la responsabilidad. En efecto, en algunos eventos no se declara la responsabilidad, a pesar de haber existido daño. Es lo que ocurre en dos hipótesis: el daño existe pero no se puede atribuir al demandado, como cuando aparece demostrada una de las causales exonerativas; o el daño existe y es imputable, pero el imputado no tiene el deber de repararlo, porque no es un daño antijurídico y debe ser soportado por quien lo sufre. Por eso valga repetirlo, se considera que el daño es un elemento indispensable para la existencia de la responsabilidad, pero cuya sola presencia no convierte, de suyo, a quien lo sufre en acreedor de una indemnización.... EL DAÑO DEBE SER PROBADO POR QUIEN LO SUFRE. El daño debe ser probado por quien lo sufre, so pena de que proceda su indemnización."

El daño o perjuicio, junto con la acción u omisión negligente o imprudente, es uno de los presupuestos de la responsabilidad, siendo el daño el elemento imprescindible, para que se ponga en marcha el mecanismo de la responsabilidad civil y la reparación tanto en la vía contractual como extracontractual.

No es de recibo, condenar a ningún tipo de indemnización, por lo antes expuesto, pues no existe responsabilidad, ni ningún tipo de daño o perjuicio indemnizable.

Sentencia 12555 de agosto 10 de 2001, CONSEJO DE ESTADO, SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, SECCIÓN TERCERA, señala: La Sala ha dicho, en reiterada jurisprudencia, que para que un daño sea indemnizable debe ser cierto (2), es decir que no trate de meras posibilidades, o de una simple especulación:



"Ha sido criterio de la corporación(3), que el daño para su reparación, además de antijurídico debe ser cierto, sin que haya lugar a reparar aquellos que constituyan una mera hipótesis o sean eventuales, y en todo caso los que no pudieren llegarse a comprobar fehacientemente en el proceso respectivo.

Respecto al daño moral y pérdida de oportunidad o chance de sobrevivir o sanar, tampoco es recibo, no solo por lo antes señalado, sino por que el paciente como se dijo está sano y ha sobrevivido en óptimas condiciones, no se probó ningún tipo de daño antijurídico por cuanto se restableció la salud, ni es cierto."

V. ESTANDARES MULTIPLES DE PRUEBA EN MEDICINA¹⁴

En medicina, las pruebas clínicas solo necesitan superar un umbral de 2 sigmas, que corresponde a la probabilidad de 1 en 20 de obtener un falso positivo. Los umbrales usados en el diagnóstico y tratamiento son mucho más flexibles, como veremos más adelante.

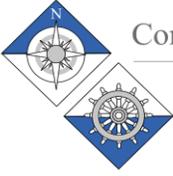
SE contemplan así, los siguientes grados:

1. Simple sospecha (insuficiente para una pesquisa)
2. *Sospecha razonable*
3. *Causa probable*
4. *Más allá de una duda razonable*

La teoría de los umbrales múltiples puede acomodar naturalmente estos y otros, que los umbrales o estándares de prueba pueden ser determinados de una manera no arbitraria.

La piedra angular de la Medicina basada en la evidencia MBE es la evaluación correcta de las pruebas diagnósticas. La información de estas es reportada en términos de **sensibilidad, especificidad y valor predictivo**, estas medidas tienen graves limitaciones. Solo pueden ser usadas en pruebas dicotómicas, en las que solo se pueden obtener cuatro resultados: **verdadero positivo, verdadero negativo, falso positivo, falso negativo**. La sensibilidad se define como la proporción de pacientes con la enfermedad que tienen un resultado positivo (verdaderos positivos). La especificidad es la proporción de pacientes sin la enfermedad que tienen un resultado negativo (verdaderos negativos). El valor predictivo puede ser positivo o negativo. El valor predictivo positivo de una prueba es la proporción del paciente con un

¹⁴ **HECHOS, EVIDENCIA Y ESTANDARES DE PRUEBA Ensayos de Epistemología Jurídica Andres Páez Coordinador Universidad de los Andes. PAG. 133 y s.s. 2015.**



resultado positivo que tienen la enfermedad, mientras el valor predictivo negativo es la proporción de pacientes con un resultado negativo que no tienen la enfermedad. A menudo, la información de las pruebas se expresa en términos de coeficientes de probabilidad.

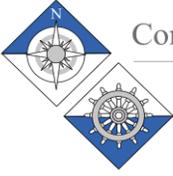
El aumento de probabilidad es suficiente para cambiar al menos una decisión acerca del tratamiento del paciente.

El umbral de prueba diagnóstica.

Llevar a cabo una prueba diagnóstica para obtener información adicional vale la pena solo si al menos una decisión cambiaría con base en los resultados de la prueba, y si los riesgos para el paciente asociados a la prueba son menores que el beneficio esperado que se obtendría del cambio de esa decisión.

Uno de los principales problemas implicados en las pruebas diagnósticas es la **posibilidad de obtener falsos positivos y falsos negativos**. Si $p(h)$, la probabilidad inicial de la enfermedad, es muy baja, un falso positivo no vencerá al médico de que debe tratar al paciente; y si $p(h)$ es muy alta un falso negativo no convencerá al médico de que no debe tratar al paciente. Las pruebas diagnósticas, por lo tanto, solo son útiles cuando la probabilidad de la hipótesis está en la zona gris de las probabilidades intermedias, y más aún cuando están muy ceca de los umbrales de tratamiento.

Los umbrales de prueba diagnóstica se calculan con base en las utilidades esperadas de las pruebas y el tratamiento. El umbral de prueba inferior es la probabilidad de h , en la que estamos en un estado de indiferencia entre no tratar y hacer la prueba, porque sus utilidades esperadas son iguales, el umbral superior es la probabilidad de h , en la que estamos en un estado de indiferencia entre hacer la prueba y trata, porque sus utilidades esperadas son iguales. Los umbrales de prueba diagnóstica ilustran una vez más la idea de que no todo hecho relevante desde el punto de vista estadístico califica como evidencia. Una prueba diagnóstica que no conduce a ningún cambio de decisión, porque la probabilidad inicial de la hipótesis es muy baja o muy alta, simplemente no es evidencia a favor o en contra de esa hipótesis, incluso si la sensibilidad y especificidad de la prueba son conocidas a cabalidad. Ese es exactamente el resultado deseado, a la luz de la teoría de los umbrales múltiples y porque queremos que nuestro concepto de evidencia incluya los falsos positivos y falsos negativos.



La sospecha razonable (SR) preponderancia de la prueba (PP, y la prueba clara y convincente (PCC) prueba más allá de toda duda razonable (MATDR). Son los más utilizados en contextos específicos y en diferentes países¹⁵.

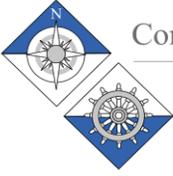
La medicina muestra, sin embargo, que los conflictos entre los diferentes niveles de decisión son inevitables, y que los pacientes no siempre podrán acceder al mejor tratamiento posible, según sus propias valoraciones de utilidad.

VI. NO HUBO ERROR DE DIAGNOSTICO GROSERO NI ERROR TERAPEUTICO EN LA CONDUCTA MEDICA EMPRENDIDA POR LA MEDICA ANABELLE CUELLO PEDROZA EN LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION DEL PACIENTE. ACTUO CONFORME LA EXPECTATIVA DE COMPORTAMIENTO MEDICO ESTO ES CONFORME LA LEX ARTIS AD HOC.

Ni fue un error diagnóstico con carácter de grosero, ni fue una negligencia, ni una imprudencia la conducta recomendada e implementada en curso de la atención médica brindada al paciente en su atención del 27 de enero de 2020, de cuya atención hizo parte conforme se acreditó documentalmente con la historia clínica. No se puede pretender como lo hace el actor en su libelo transitar por el sendero de los cursos causales hipotéticos y realizar juicios *ex post* y no *ex ante*.

Del examen integral y análisis contrastado de la historia clínica como material probatorio sometido a consideración, se puede concluir que no hubo desatino alguno que permite calificar la conducta médica practicada por la Dra. Cuello Pedroza de error de diagnóstico y terapéutico y mucho menos como error grosero sancionable.

¹⁵ Otros estándares usados en los Estados Unidos, por ejemplo, incluyen *razonable de creer*, que se aplica a las pesquisas de automóviles, y *alguna prueba creíble*, que se usa en el derecho administrativo. Por otra parte, algunos autores han expresado su insatisfacción con la existencia de solo un estándar de prueba en el derecho penal. Laudan, por ejemplo, afirma: “Quiero preguntar (sin resolver definitivamente el asunto) si tiene sentido utilizar el mismo estándar –ya sea MATDR o algún otro—para *todos* los crímenes. En materia de estándares de prueba, no estoy convencido de que un mismo estándar sea adecuado para todos. Cuando se trata de castigar un crimen, se acepta universalmente la idea de que el castigo debe ser proporcional al crimen. ¿Por que no defender la idea, se pregunta Laudan, de que el estándar de prueba también deba ser proporcional al crimen? Volveré sobre este problema al final del ensayo.



Ni mucho menos en el mismo sentido adjudicarle a la conducta medica el adjetivo de negligente e inoportuna. Maxime que como se sabe la actividad medica corresponde dentro de la lex artis ad hoc a estándares de comportamientos y no a criterios normativos rígidos (guías y protocolos médicos no son camisas de fuerza), dado que la práctica medica corresponde a obligaciones de medio¹⁶ que se cumplen con base en la discrecionalidad científica. En el presente asunto como quedo decantado con las pruebas recaudadas, no se puede adjudicar el desenlace fatal del paciente ocasionado por la lesión inflingida y finalmente la sepsis y choque como consecuencia de mala práctica médica de mi representado. y por tanto no es posible enmarcar dentro de la terminología jurídica de daño con carácter de indemnizable en cabeza de éste.

Dando alcance al criterio jurisprudencial de la Corte, en cuanto que examen del ejercicio de la medicina es prospectivo y no retrospectivo, razón por la cual el actuar conforme la lex artis debe ser examinado *ex ante* y no *ex post*, Es decir "*ese error debe juzgarse **ex ante**, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afronto el médico, pues es lógico que*

¹⁶ Artículo 104 de la ley 1438 de 2011 que modificara el artículo 26 de la ley 1164 de 2007.

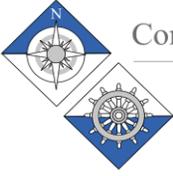
ARTÍCULO 104. AUTORREGULACIÓN PROFESIONAL. Modificase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

"Artículo 26. *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.**

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.
2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.
3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.
4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.
5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud debe estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.

ARTÍCULO 105. AUTONOMÍA PROFESIONAL. Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.



superadas las dificultades y miradas las cosas en función de un resultado ya parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”¹⁷

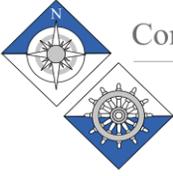
Lo esencial, en el análisis técnico, es que en una valoración *ex ante*, de acuerdo con los conocimientos y capacidades del autor (evitabilidad individual), el diagnóstico realizado se considere adecuado a la *lex artis*. La constatación *ex post* de que el diagnóstico no fue el correcto no permite afirmar la tipicidad de la conducta ni la conducta como culposa, pues en ese caso no se creó un riesgo ya no permitido.

Pues, no basta con que la acción que analicemos este en principio objetivamente descripta y presente un contenido lesivo para afirmar su carácter antinormativo. Se requiere que el sujeto que realiza esta conducta lo haga por lo menos con culpa, es decir que responda subjetivamente por el resultado lesivo causado. Esta responsabilidad subjetiva en materia civil al igual de carácter penal deriva del principio de culpabilidad conocido como *nulla poena, nullum crime, sine culpa*, principio que edifica el debido proceso amparado por la Constitución Nacional. Queda pues proscrita toda forma de responsabilidad objetiva.

VII.LA PRESUNTA OMISIÓN ENDILGADA AL EQUIPO MEDICO AUN HABIÉNDOSE MATERIALIZADO UN COMPORTAMIENTO DIFERENTE AL QUE SE REPROCHA COMO EXIGIDO NO TENÍA LA POSIBILIDAD SEGURA DE CAMBIAR EL CURSO CAUSAL DE LA ENFERMEDAD.

EL ERROR DE DIAGNOSTICO ADJUDICADO EN GENERAL AL EQUIPO MEDICO DISPUESTO EN ESTE CASO, AUN HABIÉNDOSE MATERIALIZADO UN COMPORTAMIENTO DIFERENTE AL QUE SE LE REPROCHA COMO EXIGIDO NO TENÍA LA POSIBILIDAD CIERTA DE CAMBIAR EL CURSO CAUSAL DE LA ENFERMEDAD.

¹⁷ Sala Civil de la Corte, MP. Pedro Octavio Munar Cadena. 26 de noviembre de 2010. En ese mismo sentido el ex consejero de Estado Alier Hernández coincide en el planteamiento cuando al hacer pronunciamiento expreso: “*Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta medica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el medico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática. Sobre este punto, el profesor Ataz López4 previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar*”.



Estimamos imprescindible antes de ingresar al estudio del error de diagnóstico, establecer qué es el diagnóstico, y qué funciones desempeña dentro de la actividad del médico. Como expresa Castellanos: «Es imposible referirse al diagnóstico sin conceptualizar la ciencia metodizada que lo estudia y aplica: la **semiología médica**». Manifestando a renglón seguido que como enseñan Cossio y otros: «Semiología o más precisamente semeyología dado su origen griego, es una palabra compuesta (semeyon: signo, logos: tratado), que significa el estudio de los signos, es decir, de todo aquello que por su propia naturaleza o por simple convención evoca la idea de otra cosa».

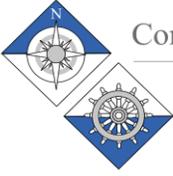
Entonces semiología médica es: “el estudio de los signos de las enfermedades, es decir, de los síntomas, entendiéndose por tales los fenómenos espontáneos o provocados, subjetivos u orgánicos que sobrevienen en todo proceso morboso, desde su comienzo con la causa inicial, hasta su terminación con las últimas consecuencias... El estudio de los síntomas se realiza primero reconociéndolos por una serie de procedimientos, maniobras y métodos, es decir la semiotécnica, que no es otra cosa que la exploración clínica (cliné: cama), o sea el examen médico, y luego interpretándolos para reconocer su causa, es decir el diagnóstico (dia: a través, gnosos: conoce)”¹⁸

Es decir que a través de la semiología¹⁹ médica, esto es un estudio metodizado de signos²⁰, síntomas que padece el enfermo, ya sea por la vía directa, es decir la determinación de un cuadro clínico mínimo -diagnóstico positivo- o por la indirecta que implica la exclusión o ausencia de determinados síntomas -diagnóstico diferencial- se determina la existencia de una probable patología y su naturaleza que conduce a que el médico proceda como corresponde al tratamiento correspondiente. En tal aspecto, Ferreras Valenti ha expresado que la base de toda la actuación médica reside en el diagnóstico, vale decir que se necesita un conocimiento exacto de la índole y localización para efectuar un pronóstico y la terapéutica eficaz al respecto. Desde el punto de vista exclusivamente jurídico, Quintana Ferguson define el diagnóstico «como la serie de actos médicos que tienen por objeto recoger todos los signos susceptibles de iluminar al médico, interpretarlos y deducir del conjunto de hechos comprobados cuál es la

¹⁸ Juan Manuel Castellanos: Buena y mala práctica médica, Buenos Aires, Alcotán, 1996, pp.184-185.)

¹⁹ El término semiología conoce también una acepción muy particular. Es la parte de la medicina que estudia los síntomas de las enfermedades (su sinónimo es, por lo demás sintomatología). Pag. 37 Manual de Semiótica General. Jean-Marie Klinkenberg. Universidad Jorge Tadeo Lozano.

²⁰ El signo es en efecto una cosa que remite a otra y que no es ella. Pag. 27. El signo es una cosa que vale por una cosa diferente. En latín: aliquid stat pro aliquo. Algo está en lugar de algo. Pag. 44. Manual de Semiótica General. Jean-Marie Klinkenberg. Universidad Jorge Tadeo Lozano.



*naturaleza de la afección que tiene el enfermo: consiste también en encajar esa situación particular en un cuadro patológico conocido».*²¹

Desde el punto de vista médico se ha definido «*el diagnóstico (Diagnosis) como la descripción nosologicosistemática de un cuadro clínico, que en la práctica es suma de conocimientos sobre los que se basa un tratamiento médico*».²²

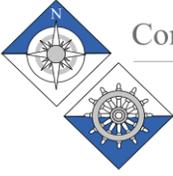
Cuando un médico al efectuar un diagnóstico actúa con el conocimiento debido del arte y la ciencia queda evidenciada su idoneidad exigible a todo profesional en la materia, más allá del error o equivocación que la falibilidad humana admite. En tal sentido debe tenerse en cuenta que es imprescindible la idoneidad como presupuesto básico de la *lex artis*, porque en ese caso se excluye la posibilidad de una impericia, que constituye uno de los elementos indispensables para configurar la culpa médica: en una palabra la idoneidad constituye un factor positivo de suficiencia técnica que elimina la posibilidad del factor negativo, cual lo es la impericia que es un desconocimiento de los conocimientos técnicos imprescindibles para llegar a un diagnóstico correcto.

La *lex artis* y la adopción de las normas que ella implica tornan totalmente inculpable al acto médico que implica el diagnóstico cuando el mismo no es acertado. La jurisprudencia ha declarado reiteradamente que los simples errores científicos o de diagnóstico no pueden ser objeto de sanción jurídica a no ser que sean de una magnitud tal que de modo evidente se aparten de lo que hubiera detectado cualquier médico de nivel y preparación similar y con semejantes medios a su alcance. El error de diagnóstico, por regla general, no es tipificable como infracción jurídica salvo que por su entidad y dimensiones constituya una equivocación inexcusable.

Lorenzetti, refiriéndose al error médico, ha expresado: «*Otra de las excusas que puede alegar el galeno frente a la acusación de culpa suele ser el error*». Agregando más adelante: «*El error se perfila como eximente de culpa, es decir que el deudor ha desarrollado una conducta equívoca la que desde el punto de vista del derecho se justifica porque ha habido razón para que así suceda*».

²¹ (Manuel Quintana Ferguson, *La Responsabilidad Civil del médico*, Madrid, Trivium, 1949, citado por Llamas Pombo en *la Responsabilidad Civil del Médico. Aspectos tradicionales y modernos*, Madrid, Trivium, 1988, y por Manuel Castellanos, op. cit.).

²² (Diccionario Médico DOYMA, 1993.)

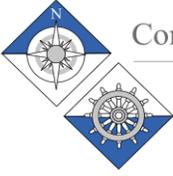


Es por todo ello que nos atrevemos a discrepar del perito, ya que si se aceptara su pensamiento, ingresaríamos en la órbita de una responsabilidad objetiva, lo que no coincide con los parámetros de nuestro sistema positivo. De seguir ese criterio todo error de diagnóstico sería culposo, no correspondiendo ingresar al examen de la existencia o no de los elementos configurativos de la culpa, esto es impericia, imprudencia o negligencia. Parece no discutible que en determinadas patologías pueden darse determinados síntomas, que, aun cuando se examinen en profundidad, puedan conducir a un error por más que se apliquen todos los elementos clínicos y paraclínicos, pero tratándose de una situación totalmente anómala no se puede diagnosticar con exactitud.

Alfredo Achaval expresa: *«El error de diagnóstico no merece consideración igual al error de tratamiento. Pueden presentarse como hechos independientes, pero uno puede ser consecuencia del otro y, por consiguiente, constituir un tercer tipo de error médico posible».*

En tal sentido la Sala de Casación Civil²³10, en sentencia del 04 de agosto de 20211 señaló: "... en relación con el diagnóstico de una enfermedad o el origen de una complicación por un procedimiento ya efectuado, la jurisprudencia ha indicado que ese es un acto "complejo" en el 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, sólo 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 equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o

²³ 86 CSJ SC3253-2021, 04 ago. 2021, Rad. No. 08001-31-03-010-2010-00067-01



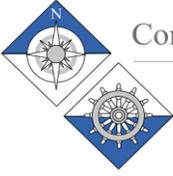
porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia. Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o 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 afeas de la medicina no comprometen su responsabilidad...".

VIII. JUICIO EX POST Y NO EX ANTE.

Debe quedar claro que la valoración del error no puede hacerse en un ex post, por lo que el Juez y los peritos les corresponde ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico. No cabe duda de que la autopsia puede precisar la efectiva causa de muerte, pero es más que obvio que un médico no puede realizar una autopsia a un paciente para determinar el mal que lo aqueja. Siendo por ello muy común que frente a determinados síntomas y/o signos el médico pueda optar entre varios diagnósticos o tratamientos. Si a posteriori se establece que el elegido no era el más indicado, ello por sí solo no puede comprometer la responsabilidad del médico en la medida en que el camino elegido haya estado dentro de los aconsejados prima facie por la ciencia médica. En ese sentido, el Consejo de Estado²⁴ expresando en ese sentido: *"Cuando se conoce la causa de muerte o la lesión sufrida por el paciente, puede decirse que resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica ex post, ya que no es difícil encontrar en la mayor parte de los casos, los signos que indicaban el diagnóstico correcto. Por esta razón, el fallador no debe perder de vista que, al momento de evaluar al paciente, el médico está ante un juicio incierto, ya que la actividad de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática"*. Sobre este punto, el profesor Ataz López²⁵ previene sobre la imposibilidad de imponer a los médicos el deber de acertar". Surge aquí una importante dificultad; como lo señala Quintana Ferguson:

²⁴ CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sentencia del 8 de noviembre de 2001. C. P.: Dr. Alier Hernández E

²⁵ ATAZ LÓPEZ, Joaquín. Los médicos y la responsabilidad. Madrid: Montecorvo, 1985, p.307-308.



"Mas he aquí que este acto fundamental de la actuación médica es a su vez, el más impreciso de toda ella. La variedad de procesos patológicos es infinita, confusa, equívoca y llena de síntomas análogos, comunes o insólitos, tan difíciles de interpretar como que suelen tener sentidos muy opuestos y contradictorios. Además, ya lo hemos repetido, la ciencia, pese a su desarrollo pasmoso, sólo ofrece todavía al médico procedimientos demasiado elementales para conducirlo a la certeza. El medico se mueve en plena hipótesis, en cuyo terreno esa especie de sexto sentido que es el ojo clínico le es más útil como señala MARAÑÓN, que los más profundos saberes científicos. Ya puede ser sabido y experto, que cada día encontrará una nueva sorpresa ante la que desconcertarse. Casi siempre serán varios los diagnósticos que se le presentan como posibles y acertados, y tendrá que optar por uno, ya sea porque en él que parece caracterizarse más acusadamente, ya porque la parte de adivino que hay en todo buen médico se inclina por él. Si acierta, mostrará un gran sentido clínico y una seguridad admirable; pero, si yerra, lo hará de buena fe y contra su voluntad. Habrá cometido un error de diagnóstico, pero jamás una falta"²⁶.

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL LLAMAMIENTO EN GARANTIA DE HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO

- A. AUSENCIA DE FUNDAMENTO PARA FORMULAR LLAMAMIENTO EN GARANTIA DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 64 CGP NI LA RELACION CONTRACTUAL EXISTENTE ENTRE LLAMANTE Y LLAMADA ES SUFICIENTE PARA VINCULAR A MI REPRESENTADA A ESTE PROCESO.**
- B. INEXISTENCIA DE SOLIDARIDAD EN LOS ACTOS QUE SE IMPUTAN COMO GENERADORES DE CULPA EN LA DEMANDA PRINCIPAL FRENTE A MI REPRESENTADO, CON BASE EN LA CONTESTACION DE LOS HECHOS, PRUEBAS Y EXCEPCIONES FORMULADAS AL CONTESTAR LA DEMANDA PRINCIPAL**
- C. AUSENCIA DE DOLO Y CULPA GRAVE²⁷ EN LA ACTUACION PROFESIONAL DE MI REPRESENTADO EXIGENCIA PARA HACER EFICAZ LA ACCION DE REPETICION Y LLAMAMIENTO DE LA IPS.**

²⁶ Cita del texto. Sistema de Responsabilidad Médica. José Manuel Fernández Hierro, 2 ed, Granada: Comares, 1998, p. 205. Obra del autor Quintana citada, págs. 110 y ss.

²⁷Tribunal Administrativo del Huila.Sentencia de octubre ocho (8) de dos mil veinticuatro (2024)

MAGISTRADO PONENTE : **JORGE ALIRIO CORTÉS SOTO** RADICACIÓN : 410013333002-2014-00607-01



EXCEPCION INNOMINADA FRENTE A LA DEMANDA Y EL LLAMAMIENTO

Me refiero con ello a cualquier hecho ó derecho en favor de mi mandante que resultaren probados dentro del proceso y al cual me referiré en los Alegatos de Conclusión.

PRUEBAS

Solicito a la titular del despacho que sean decretadas y tenidas como tales y/o practicadas las siguientes pruebas:

I. DOCUMENTALES

1. HISTORIA CLINICA obrante en el proceso (Hospital La Buena Esperanza y Clinica Cristo Rey).
2. El Poder para actuar
3. Titulo que acredita idoneidad profesional y hoja de vida de la Dra. ANABELLE CUELLO PREDROZO.

II. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se cite a todos los demandantes y codemandados a través de sus representantes legales, para que absuelvan interrogatorio de parte, que en su oportunidad les formularé, sobre los hechos materia del presente proceso.

III. DECLARACION DE PARTE

Sírvase señor juez citar a rendir Declaración de parte a mi representado, para que comparezca a responder en audiencia que Ud. fije cuestionario que le estaremos formulando en su oportunidad. Cítese a la dirección que obra en el proceso.

DEMANDANTE : HOSP. UHMP DE NEIVA DEMANDADO : JORGE CUBILLOS GUTIÉRREZ MEDIO CONTROL :
REPETICIÓN SENTENCIA No. : 04-10-252-24/RP-01-2-1 ACTA No. : 98 DE LA FECHA que Confirma sentencia
proferida el 28 de febrero de 2019 por el Juzgado Segundo Administrativo de Neiva.
MAGISTRADO PONENTE : **JORGE ALIRIO CORTÉS SOTO**
RADICACIÓN : 410013333002-2014-00607-01



IV. TESTIMONIAL

De conformidad con el artículo 212 del Código General del Proceso, con todo comedimiento, Señor Juez, me permito pedir se autorizar el formular cuestionario a los testigos que hayan sido convocados por los demás sujetos procesales.

Cítese al Dr. **LUIS FERNANDO PINO O.** Cirujano de Trauma y emergencias a fin de que se sirvan surtirse la contradicción de su informe denominado Concepto Historia Clínica del paciente que fuera acompañado con la contestación de la demanda por parte del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo.

V. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE. ANUNCIO DICTAMEN PERICIAL EN CIRUGIA GENERAL SOLICITUD CONFORME EL ARTICULO 227 Y 228 C.G.P.

El perito designado responderá cuestionario luego del examen de la historia clínica integra del paciente, demanda obrante. El perito rendirá informe conforme lo regula el artículo 226 C.G.P. y siguientes.

Como quiera que el termino previsto para contestar el Llamamiento en garantía resulta insuficiente para rendir y aportar el dictamen, me permito ANUNCIARLO y le ruego al despacho fije el plazo en que se ha de aportar, conforme lo dispone el artículo 227 C.G.P. Perito que se hallara en la disposición de ratificar en audiencia.

El objeto de la prueba es verificar los hechos que interesan al proceso y que requieren especiales conocimientos técnico-científicos. para que en su condición de perito experto en *CIRUGIA GENERAL* y con fundamento en sus conocimientos, experiencia y experticia en la especialidad médica y con base en las pruebas allegadas al expediente, deponga sobre de los hechos objeto de investigación, e informe e ilustre al Despacho sobre la materia científica objeto de estudio en el presente caso sustentando la teoría del caso que representa esta parte. y quien contara con la disposición necesaria para asistir al juicio de manera virtual con el fin de ilustrar al despacho sobre el caso materia de estudio.

NOTIFICACIONES

Mi poderdante en la que obra en el proceso y yo la recibiré en mi oficina ubicada en la Carrera 3 A Oeste 2- 43 de Santiago de Cali y personalmente en la Secretaría de su Despacho. Mail harold.aristizabal@conava.net ó ham.conava@gmail.com



Consorcio Aristizábal Velásquez

Abogados Ltda.

Sinceramente.

HAROLD ARISTIZABAL MARIN

C.C. CC 16.678.028

T.P. No. 41.291 del CSJ.

RNA harold.aristizabal@conava.net



Carrera 3 A Oeste No. 2-43 El Peñón
PBX (57) (092) 488 0999 Tel: (57) (092) 893 3177 - 893 3231 Fax: 8922106
Email RNA :harold.aristizabal@conava.net
Email: conava@conava.net
Email: ham.conava@gmail.com
Santiago de Cali - Colombia