

Honorable Magistrada
SANDRA JAIDIVI FAJARDO ROMERO
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MANIZALES
SALA DE DECISIÓN-FAMILIA.
Ciudad

Referencia: **DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA**
Demandante: **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ** y otros.
Radicado: 17001-31-03-006-00144-03
Asunto: Apelación de Sentencia.

Respetuoso saludo.

SERGIO ALBERTO BRAND RUIZ, mayor de edad y domiciliado en Manizales, departamento de Caldas, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 10.262.665 expedida en Manizales, Abogado portador de la Tarjeta Profesional No. 156.441 del Consejo Superior de la Judicatura, comedidamente presento el poder conferido por los señores **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ** y otros, comedida y respetuosamente me permito presentar Apelación de la Sentencia proferida por su señoría en fecha veintiseis de abril del año 2021, a fin de que sean tenidos en cuenta y proceda en consecuencia a ordenar el trámite correspondiente ante la segunda instancia.

I. ANTECEDENTES.

Los actores, mediante **DEMANDA VERBAL DE RESPONSABILIDAD MÉDICA**, en contra de la, **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS, SEDE CLÍNICA CONFA SALUD (SAN MARCEL)**, por ser estos responsable de todos los perjuicios causados **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ** y otros por el deficiente prestación del servicio médico asistencial, hospitalario, y quirúrgico, que ocasionó la complicación del proceso de Apendicitis sufrido por mi poderdante y que le ocasiono serias secuelas que no tenia razón ni obligación de padecer.

II. EL PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER.

Se reclamó en la demanda , en contra de la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CALDAS, SEDE CLÍNICA CONFA SALUD (SAN MARCEL)**, una indemnización a través de la demanda, por los daños y perjuicios ocasionados a los Demandantes por el daño ocasionado el señor **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ**, y a su familia, sobre la base de una falla o deficiencia en la prestación del servicio médico por omisión y falta de diligenciamiento y prestación oportuna del servicio asistencial que requirió el Paciente ante el cuadro clínico que presentaba y la Mora en la

atención que desencadenó una complicación en su patología y por ende, secuelas en el post operatorio inmediato y mediato.

III. ANÁLISIS JURÍDICO Y PROBATORIO QUE DEMUESTRAN LA RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO COMO ENTIDAD DEMANDADA Y DE LA E.P.S.

DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO BRINDADO POR LA E.S.E.

Analizada la prestación de los servicios sanitarios brindados por la institución prestadoras de Salud demandadas, y ponderado el cardumen probatorio que se incorporó al proceso, se puede establecer inequívocamente que **CLÍNICA CONFA SALUD (CLINICA SAN MARCEL)**, y **EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURA**, no dieron cumplimiento a las normas propias del Sistema General de Seguridad Social en Salud y a los protocolos médicos establecidos, de manera integral, eficiente y oportuna, con calidad, y NO ordenó y puso a disposición del usuario, todos los servicios médicos que le eran obligatorios en la atención por el servicio por urgencias, en donde de manera prístina se tiene que acude a tiempo, demostrando la diligencia y cuidado que tiene consigo mismo, ante dolor intenso abdominal, empero, por la mora en el diagnóstico **y sobre todo, en la atención por el especialista y corolario de lo anterior, en ser llevado a cirugía de manera oportuna**, se pudo establecer sin dubitación alguna, que sufre serias complicaciones, tal cual es una gangrena apendicular y una peritonitis secundaria, la cual tiene su génesis en la mora en la atención, tal cual se dijo de manera pretérita. (falla en la oportunidad y continuidad asistencial).

De igual manera incumplió en lo atinente a la atención de manera oportuna, y los protocolos que le obligaban, con miras de que articulados, como es el deber ser, debían procurar resolver la urgencia médica que padecía el paciente, y que de acuerdo a lo referenciado en la Ley del Arte y apalancado por el perito, -lo veremos a continuación-, era perentorio la valoración por el especialista y este era quien debía a ciencia cierta abrogarse la responsabilidad de realizar o no el procedimiento quirúrgico en la madrugada. Y, no esperar hasta que acudiera a su turno, cuando se tenía por cierto que una apendicitis en evolución sin lugar a dudas terminaría en una necrosis y gangrena subsecuente si no se atiende acorde con los protocolos, para efectivamente, prever lo previsible.

A su vez, la E.P.S, NO PUEDE desprenderse de la responsabilidad que le obliga, porque la responsabilidad de los usuarios y afiliados DE ESTA E.P.S.S, recae directamente en ella y no puede desprenderse aduciendo que tenía un contrato con la I.P.S. y esto es suficiente para endilgarles a ellos la responsabilidad.

La solidaridad que los obliga, está perfectamente documentada en la legislación y la jurisprudencia que al respecto se tienen en la legislación colombiana. De hecho, hacen parte del Sistema de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, que tienen a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las

Instituciones Prestadoras, cuyos servicios pueden ser presados directamente a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud, **o contratar con Instituciones Prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.** Es claro entonces, que el legislador al diseñar el modelo de seguridad social, estableció una responsabilidad solidaria a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, respecto de las funciones y servicios que prestan dichas Instituciones Prestadoras, entre las cuales se encuentran reguladas la entidad Demandada.

De allí, que la Sala Civil de la Honorable Corte Suprema de Justicia de Colombia, emitió en su sentencia del 17 de noviembre de 2011, con ponencia del Magistrado Dr. WILLIAM NAMÉN VARGAS, que cuando existe una prestación de servicios médicos ineficiente, irregular, inoportuna, lesiva de la calidad exigible y de la *lex artis*, compromete la responsabilidad civil de las Entidades Prestadoras de Salud, quienes prestán sus servicios mediante contratación con Instituciones Prestadoras de Salud u otros profesionales, **“son todas solidariamente responsables por los daños causados, en especial cuando se trata de la muerte o lesiones a la salud de las personas, por acción u omisión...”** (negrilla y resaltado fuera de texto)

IV. DE LAS RAZONES DE OPOSICIÓN A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA.

De la revisión probatoria que obra en el expediente procesal se puede observar que en las consideraciones jurídicas que propone la juez A quo, NO reconoce la responsabilidad a las entidades demandadas, razón por la cual adjunto el presente recurso de **Apelación** de la sentencia, y amplio de manera breve las razones de discordancia con el fallo del a quo, de la siguiente manera.

1. DE LAS RAZONES DE OPOSICIÓN A LA SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El A quo, sustenta la no prosperidad de las pretensiones, bajo el inequívoco de que la prestación del servicio se realizó acorde a la *Lex Artis*; sin embargo, a pesar de mencionarlas y tener en su conocimiento las deficiencias y demoras en la prestación del servicio médico ignoró, las pruebas arrimadas a despacho, Pruebas por cierto de peso y que demuestran la negligencia y falla en la prestación del servicio médico de mi protegido, acogiendo y otorgando especial e indebido valor probatorio a las pobres pruebas arrimadas por el extremo de la Litis, las cuales serán de análisis en el acápite correspondiente. Demostrado que si hubo una falla, empero, de manera ilógica, para el Despacho se ve enmendado ya que a consideración del Juez, fue “intervenido y curado” no hay lugar al reconocimiento de un perjuicio.

Para tener claridad al respecto, revisemos de manera muy breve los aspectos mas relevantes de la historia clínica que sirven de sustento para demandar el reconocimiento de la indemnización a mis poderdantes:

El día 3 de marzo del año 2020, el señor **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ** consulta por un fuerte dolor abdominal, que padecía desde horas de la tarde, dolor *in crescendo*, siendo trasladado en principio a la **CLÍNICA LA PRESENTACIÓN S.A**, y de allí, es remitido con un diagnóstico presunto de apendicitis.

Hacia las 21:10 de esa misma noche llega a la **CLÍNICA CONFA SALUD (CLINICA SAN MARCEL)**. Allí, el médico tratante anota como diagnóstico presunto: "...POSIBLE PATOLOGIA FUNCIONAL, AUNQUE SE DEBE TOMAR EXAMENES PARA DESCARTAR ILIO, OBSTRUCCION O APENDICITIS, SE DEJA EN OBSERVACION."

El día 04 de marzo del 2020, a las 02:15, anota de nuevo el galeno tratante **LUIS FERNANDO ESPINOSA GONZÁLEZ** que el paciente tiene un dolor abdominal sugestivo de apendicitis. y solicita valoración por cirugía general.

"PLAN DE TRATAMIENTO- OBSERVACION - NADA VIA ORAL - RANITIDINA AMPOLLAS 50 MG CADA 8 HORAS - TRAMADOL AMPOLLA 50 MG APLICAR 25 MG IV DOSIS UNICA- SS HEMOGRAMA CONTROL EN LA MAÑANA- SS **VALORACION POR CIRUGIA**- AVISAR CAMBIOS." (negrilla fuera de texto)

Empero, es claro y así está probado en el plenario, que no se llamó al médico cirujano a esa hora, el cual no estaba presente en la clínica encartada, sino de disponibilidad. Es decir. Atento al llamado que hicieran los médicos del servicio de urgencias, empero, insisto en ello, esta llamada nunca se hizo. O al menos, no existe constancia del llamado, y prefirió el médico general esperar a la ronda matutina por el servicio de urgencias, la cual se surte alrededor de las ocho de la mañana, conociendo él la gravedad de dejar evolucionar una apendicitis no complicada. Pero, al hacerlo se abrogó la responsabilidad del resultado dañoso que ese actuar pudiera ocasionar.

Para ese entonces, 02:15 am. y con el diagnóstico **ya establecido** de un abdomen agudo, derivado de una apendicitis, era menester a esa hora, tal cual lo ordeno el médico general, la valoración por cirugía. Pero, debía ser en ese momento el llamado y no contemporizar. Refería el perito en su testimonio:

Grabación 123.

03:50. "...A las 2:15 de la mañana, pude leer la nota en donde concluyen que la impresión diagnóstica era compatible con una apendicitis aguda y por lo tanto debería a esa hora valorarse por cirugía general. Por el especialista en cirugía general. Por qué sin demora.? porque ya han transcurrido alrededor de la 12 horas del inicio de los síntomas y por lo tanto era importante determinar si definitivamente se trataba de una patología quirúrgica o no..."

04:45. "... Cuando ya se tiene un diagnóstico de abdomen agudo e incluso se tienen los paraclínicos, se debe examinar sin demora por el peligro de complicaciones adicionales, como en el caso de la apendicitis podría ser la perforación."

05:10. "El abdomen agudo quirúrgico es inaplazable en su valoración y determinación."

06:25 Lo cierto es que el riesgo siempre existe y en el caso nuestro específico de nuestro paciente, Víctor Manuel Zuluaga se presentó la perforación antes de las 08:00 de la mañana, por que en el momento en que lo examinan a esa hora y lo valora el cirujano ya determina que estamos ante un cuadro no solamente de un cuadro de una probable apendicitis, sino, de una peritonitis con mayor compromiso de dos cuadrantes del abdomen. Entonces, para concluir, creo que lo mas importante es que se debió evaluar a las dos de la mañana. Evaluar por el cirujano, especialista en cirugía, para determinar con el si se intervenía de manera inmediata o estaba de acuerdo en esperar algunas hasta la mañana. Pero en principio en cirugía ante un abdomen agudo quirúrgico, la decisión, la norma es no posponer por el riesgo de complicaciones que se pueden presentar sobre todo de índole infeccioso, específicamente de la apendicitis, que se pudiera perforar y producir una peritonitis secundaria."

12:45. Es decir, que si yo entre mas temprano vea al paciente, tan pronto hay el diagnóstico de apendicitis por los médicos del servicio de urgencias, debo verlo lo mas pronto pensando en el riesgo de la posible perforación.

Y este concepro claro del médico perito, el cual dejó plasmado en su escrito de peritazgo, y que lo reitera de manera cacofónica en su intervención, denota sin lugar a dudas que, hecho el diagnóstico presunto de apendicitis por medicina general, debía de haberse solitado la valoración por el cirujano para proceder a llevarlo a cirugía. No hay duda al respecto. Y lo mismo será afianzado en las guías que sobre la materia tiene le Ministerio de laProtección Social, que veremos más adelante.

Precisamente y para corroborar que en la mañana ya se había presentado la complicación esperada, al respecxto el señor perito refiere:

15:45. Ya cuando esta la evaluación a las 07:53, casi las ocho de la mañana, hay una evaluación del médico. Ahí ya el diagnóstico a las ocho de la mañana es de peritonitis. A las dos de la mañana es de apendicitis sin signos de perforación, sin signos de peritonitis mejor, y a las ocho de la mañana hay un cuadro que está bien descrito de peritonitis y un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, a raíz que la peritonitis es una enfermedad grave y obviamente requiere la intervención inmediata."

En efecto, en la nota médica de **JHON ALBERTO CASTRILLÓN ALVAREZ**, del día 04 de marzo del 2020, de las 07:53 se tiene:

ANÁLISIS. PACIENTE EN MANEJO POR CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, LOCALIZADO PRINCIPALMENTE HACIA HEMIABDOMEN INFERIOR, FOSA ILIACA DERECHA. PARACLÍNICOS CON HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS EN ASCENSO, RX DE CON DISTENSIÓN MARCADA DE ASAS, NIVELES HIDROAEREOS A NIVEL DE HEMIABDOMEN INFERIOR DERECHO, CON PRESENCIA DE GAS DISTAL. **A LA VALORACIÓN ACTUAL, SE ENCUENTRA CON SIRS CLÍNICOS**, SIGNOS CLAROS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. SE VALORA DE FORMA INMEDIATA CON CX GENERAL, QUIEN DECIDE PROGRAMAR **PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA DE FORMA URGENTE**. INICIO MANEJO ANALGÉSICO, ANTIBIÓTICO, HIDRATACIÓN PARENTERAL, PENDIENTE DE INTERVENCIÓN. (negrilla fuera de texto)

Decía el Perito: "a raíz que la peritonitis es una enfermedad grave y obviamente requiere la intervención inmediata." ¹Empero, este procedimiento quirúrgico, que debería haberse realizado de manera inmediata, **urgente** no se realiza, sino hasta pasadas las tres de la tarde, esto por razones meramente administrativas de la IPS Encartada. Aparentemente, por dificultades e nsus quirófanos. Empero, si esto es así, por que no se remitió a otra IPS quw si tuviera la posibilidad ed realizar el procedimeinto de manera oportuna?

De lo que si existe claridad, es que al moemnto de intervenir el galeno, encontró en el campo operatorio de Laparotomía exploradora ya una evidente peritonitis, fruto e la necrosis y perforación apendicular. realizando "**drenaje de peritonitis de dos cuadrantes**". En la nota quirúrgica, se tiene:

"...DESCRIPCION: HALLAZGOS OPERATORIOS. HALLAZGOS GRAN OBESIDAD LIQUIDO LIBRE SEROPURULENTO EN PELVIS Y FID APENDICE CECAL FIBRINOPURULENTO CON GANGRENA DEL TERCIO PROXIMAL."

¹ Grabación 123. 17:00

Denotando que efectivamente se había producido la complicación no deseada y temida por los cirujanos de gangrena del apéndice y corolario de lo anterior, la presencia de Peritonitis.

De lo que se colige, que el señor **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ**, a pesar de haber ingresado hacia las 21:00 horas del día anterior por urgencias, con un cuadro evidente de apendicitis, así diagnosticado por los galenos adscritos en sendas instituciones que lo valoraron con una diferencia de pocos minutos, y teniendo clara la sospecha de la patología abdominal por el médico de la IPS Encartada, **LUIS FERNANDO ESPINOSA GONZÁLEZ**, no se llama al cirujano sin una razón clara de ello y desencadenando con esta acción negligente del médico general, un tratamiento quirúrgico tardío e inoportuno, que condujo al dejar evolucionar la apendicitis a su libre albedrío, a que la enfermedad evolucionara de manera grave, provocando que el proceso infeccioso finalizara en una peritonitis y SEPSIS secundaria, que ameritaba una intervención inmediata.

Así las cosas, no le asiste razón al juez de alzada desconocer la responsabilidad por la negligencia del cuerpo médico adscrito a la **CLÍNICA CONFA SALUD (CLINICA SAN MARCEL)**, ante la mora en llamar al cirujano de turno, para que valorara al paciente. Previo a que se desencadenaran las complicaciones que están relatadas en la literatura médica y en la Ley del Arte, y **lo inoportuno del tratamiento quirúrgico** y el daño ocasionado, demostrando con ello el daño, la culpa y el nexo causal

Ante una pregunta del Aquo, referente a si: "hubo negligencia en la medida en que detectada la apendicitis, no se procedió a intervenir inmediatamente o lo mas pronto posible al paciente". Respondió:²

"La apendicitis fue detectada relativamente a tiempo, dentro de los cánones de la evaluación quirúrgica, dentro del tiempo, una vez se detecta o se define, el cuadro se sospecha de apendicitis desde el inicio desde que ingresa a la clínica, Una vez dije sí, definitivamente si es una apendicitis, esa nota está a las 2:15 de la madrugada, a esa hora hubiera sido prudente. No prudente. Indispensable o necesario que el cirujano lo evaluara a esa hora que todavía no estaba perforado y con el definiera si se operaba inmediatamente o se esperaba hasta las ocho sin haber hablado con el paciente era ya un cuadro de peritonitis ..."

² Grabación 123. 17:50

Siguiendo la misma cuerda, desconoce el juez de alzada, que las deficiencias administrativas en la atención en un paciente, ya sea estas por causa o con ocasión de deficiente atención de las EPS y/o de las EPS, no puede trasladarse al paciente. De tal suerte, que no se puede exponer a un paciente a un riesgo injustificado, a sabiendas que se tenía en principio el recurso de llamar al cirujano, que estaba de turno. Y no contemporizar hasta cuando hiciera su ronda en la mañana siguiente.

O, en su defecto, remitir si las condiciones técnicas no eran adecuadas, y no dejar a la libre evolución de la enfermedad con el argumento, que había otras cirugías por realizar.

En sentencia T 069-18 de la Corte Constitucional, respecto a la obligatoriedad en garantizar la prestación de los servicios de salud respecto a las EPS, (cua que se puede traslapar a las IPS), en uno de sus apartes refiere:

*“...En conclusión, la Corte ha reiterado que **la interrupción o negación de la prestación del servicio de salud por parte de una E.P.S. como consecuencia de trámites administrativos injustificados, desproporcionados e irrazonables, no puede trasladarse a los usuarios, pues dicha situación desconoce sus derechos, bajo el entendido de que pone en riesgo su condición física, psicológica e incluso podría afectar su vida**^[113]. (negrilla fuera de texto)*

Para esta Corporación, los desórdenes administrativos que afectan a los usuarios desconoce los principios que guían la prestación del servicio de salud porque:

“(i) no se puede gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para la recuperación satisfactoria de su estado de salud (oportunidad), (ii) los trámites administrativos no están siendo razonables (eficiencia), (iii) no está recibiendo el tratamiento necesario para contribuir notoriamente a la mejora de sus condiciones de vida (calidad) y (iv) no está recibiendo un tratamiento integral que garantice la continuidad de sus tratamientos y recuperación (integralidad)”^[52].

En sentencia T-405 de 2017^[58], la Corte identificó los efectos materiales y nocivos en el ejercicio del derecho fundamental a la salud de los pacientes causados por las barreras administrativas injustificadas y desproporcionadas impuestas por las EPS a los usuarios, los cuales se sintetizan a continuación:

- i) Prolongación del sufrimiento, debido a la angustia emocional que se genera en las personas soportar una espera prolongada para ser atendidas y recibir tratamiento;*
- ii) Complicaciones médicas del estado de salud por la ausencia de atención oportuna y efectiva que genera el empeoramiento de la condición médica;*

iii) Daño permanente o de largo plazo o discapacidad permanente porque ha pasado demasiado tiempo entre el momento en que la persona acude al servicio de salud y el instante en que recibe la atención efectiva;

iv) Muerte, que constituye la peor de las consecuencias y que ocurre por la falta de atención pronta y efectiva, puesto que la demora reduce las posibilidades de sobrevivir o su negación atenta contra la urgencia del cuidado requerido.

En sentencia T o17/21, respecto al derecho a la continuidad en el servicio de salud- refiere:

Es deber de las eps de garantizar a los pacientes el acceso efectivo a los servicios de salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad

El estado y los particulares vinculados a la prestación del servicio público de salud deben facilitar su acceso en observancia de los principios que rigen la garantía del derecho a la salud. lo anterior, implica que las eps no deben omitir la prestación de los servicios de salud por conflictos contractuales o administrativos internos o con las ips contratadas, que impidan el acceso, práctica y finalización óptima de los tratamientos iniciados a los pacientes.

Dentro de los principios que orientan la garantía del derecho fundamental a la salud, contenidos en la ley 1751 de 2015, cabe destacar **el principio de continuidad. este señala que las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua, es decir, una vez iniciada la prestación de un servicio determinado, no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas**^[60] (se resalta).

CARGO SEGUNDO DE OPOSICION A LA SENTENCIA: Falla en contra de mis defendidos, basado en tres aspectos principales. En primer lugar, el protocolo de Londres. Documento realizado por la clínica demanda, la cual, por obvias razones, no van a reconocer su responsabilidad. Por lo tanto, no es confiable en lo absoluto.

Lo segundo, trae a colación las Guías para el Manejo de la Atención Urgencias, Tomo II. En donde, según el juez, afirma, que en la clínica demandada se realizó lo que dice la citada Guía. Empero, no deja por sentado el juez de Alzada, que fue lo que hizo la clínica que se pudiera comparar de manera asertiva con las Guías señaladas por él, de manera que pudiera esa ser una justa causa para desconocer el derecho que le asiste a mis poderdantes.

A contrario sensu de lo expresado por el Aquo, en las Guías reseñadas antes, visto en la Pagina 212, párrafo segundo, respecto a la Apendicitis aguda, se refiere de manera textual:

"El tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico, la resección urgente del apéndice inflamado antes que se produzca su perforación. El cirujano siempre se propone realizar el mínimo de apendicetomía en blanco (la operación que encuentra el apéndice sano) pero, al mismo tiempo, operar oportunamente para evitar la perforación con la consecuente peritonitis."

(...)

"DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El diagnóstico de la apendicitis aguda es esencialmente clínico y lo debe hacer un cirujano. Ello quiere decir que en los servicios de urgencias, el médico que recibe a un paciente con dolor abdominal debe proceder de inmediato a llamar al cirujano en interconsulta, sin que ello cause demora en la iniciación de procedimientos diagnósticos. La presencia de un cirujano de disponibilidad inmediata en los servicios de urgencias ha demostrado enormes beneficios en cuanto a los resultados finales, en el manejo de la apendicitis aguda."

Nada diferente de lo que se dijo por parte de este togado en la demanda y fue refrendado por el médico cirujano perito.

Por lo tanto, al tener presente el juez de alzada estas guías en la sentencia, debía haberlas aplicado tal cual se lee, reconociendo en consecuencia la falla de bulto en la atención inoportuna del cirujano, derivado de la falta de un llamado para atender al paciente como se dejó por sentado antes, al momento de tener un diagnóstico mas claro a las dos y quince de la madrugada de esta mañana.

Y, en tercer lugar, con la controversia que él mismo crea respecto a desatender la prueba pericial, la cual es desconocida sin un argumento claro de las razones de hecho o de derecho para tal decisión, amen que esta prueba fue allegada a despacho por escrito y refrendada en el plenario. Y sobre ello no hubo duda alguna y mucho menos fue descalificado en su decir.

No obstante, aduce su señoría en la sentencia (23:58),

“...que el perito en términos generales avaló el procedimiento realizado al señor VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ. Simplemente el reprocho el hecho que la apendicetomía se hubiera llevado a cabo por fuera de las doce horas que según el, existen para llevar a cabo ese procedimiento después de diagnosticada la apendicitis. ”

Pues claro que reprocha la atención médica fuera de ese tiempo, por que es cuando se hace el diagnóstico de apendicitis, pero no de la complicaciones y estaba en la ventana donde era menester la valoración y llevar a cabo el procedimiento para evitar la complicación que se avecinaba. En sentencia de la CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, SALA DE CASACIÓN CIVIL. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ. SC13925-2016, Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01, refería en uno de sus apartes. En el análisis de un caso similar, visto en Pag92:

“El doctor Carlos Enrique Ramírez Suárez indicó que cuando la apendicitis no se diagnostica a tiempo «puede ocurrir perforación, absceso y peritonitis (...) El pronóstico está relacionado directamente con el tiempo de evolución, a mayor tiempo, mayor morbilidad y mayor mortalidad». [Folio 40, cuaderno 7]

Esta desafortunada apreciación del Aquo, desdibuja por completo la exposición amplia que hace el perito que están por escrito y las refrendó en la audiencia, en donde NO ES CIERTO, tal cual refiere el sentenciador, que *“simplemente el (perito) reprochó el hecho que la apendicetomía se hubiera llevado a cabo por fuera de las doce horas”*

Es prístino que el perito, médico EDGAR PABON CARVAJAL, como Especialista en Cirugía general, con una basta experiencia en su área, en diferentes momentos de su testimonio y

respecto a preguntas de los diferentes actores, en especial de su señoría en la primera instancia, es categórico en afirmar que

“hubo negligencia en la medida en que detectada la apendicitis, no se procedió a intervenir inmediatamente o lo mas pronto posible al paciente”:³

Aduce además, que hecho el diagnóstico de apendicitis, era menester en ese momento llamar al cirujano para que valorara al paciente y determinar si sometía o no al paciente al procedimiento quirúrgico. Esto, con miras a evitar una complicación. Desafortunadamente para el paciente, se concretó esta complicación de, de acuerdo a su escrito de pericia, “se confirma el diagnóstico de apendicitis gangrena perforada y peritonitis.” La razón, ya la explicó de manera categórica: (Grabación 123. 17:50)

*“La apendicitis fue detectada relativamente a tiempo, dentro de los cánones de la evaluación quirúrgica, dentro del tiempo, una vez se detecta o se define. El cuadro se sospecha de apendicitis desde el inicio desde que ingresa a la clínica, Una vez dije sí, definitivamente si es una apendicitis, esa nota está a las 2:15 de la madrugada, **a esa hora hubiera sido prudente. No prudente. Indispensable o necesario que el cirujano lo evaluara a esa hora que todavía no estaba perforado** y con el definiera si se operaba inmediatamente o se esperaba hasta las ocho sin haber hablado con el paciente era ya un cuadro de peritonitis ...”*

Finalmente, trae a colación el Aquo, sendas sentencias, que le sirven para dar soporte a su sentencia. Primero, trae la sentencia SC 13925-2016. Radicado 050013103003200517401 del 30 de septiembre del 2016, en donde la corte determinó que la apendicitis tiene un manejo conservador y uno quirúrgico, y esto refería el juez, depende del tipo de apendicitis. Empero, olvida el señor Juez, informar y sustentar a profundidad en la sentencia, en que momento histórico ya fuera en la audiencia o en las contestaciones de la demanda, contemplar esta remota posibilidad de manejo conservador o urgente.

De hecho, nadie toco Ni siquiera de soslayo, que el paciente fuera susceptible de un manejo conservador. A contrario sensu, es el mismo cirujano (quien nunca hizo presencia a

³ Grabación 123. 17:50

juicio a pesar de haber sido llamado en garantía) quien reconociendo la gravedad del cuadro, ordenó llevar a cirugía al paciente de manera urgente.

Asevera el Aquo, que: (37:00):

“desde mi punto de vista, no sabemos si es una apendicitis temprana o una apendicitis que ya este bastante evolucionada. Parecería esto último. Y si esto es así, acogiéndonos a esta sentencia, no tendría razón el señor perito, porque en ese caso dice la sentencia que la operación temprana no es recomendable”

Empero, reconoce el juez de alzada, que (38:00) es “llamativa” que él controvierta la experticia médica producida dentro del proceso, con un elemento exógeno con una sentencia. Sin embargo, aduce que esto ha sido admitido por la corte. Y en la Sentencia SC 042-2022. Radicación 730013103006200800283. M.P. Álvaro García Restrepo.

Le asiste razón al considerar que sea llamativo esta apreciación, por que si se tiene pruebas fehacientes como son la Historia clínica, el testimonio de los diferentes testigos, las Guías referidas de manera previa y uno más, imparcial y que no deja duda alguna, como es el del Médico Cirujano, perito, no le hayo razón para motivar su fallo solo en sentencias, que si bien pueden traerse como un ayuda, empero las pruebas que se aportaron son suficientes para considerar la responsabilidad de los demandados. Al respecto, en la introducción de la valoración de la Prueba Pericial, enuncia precisamente la preocupación del autor en restarle importancia a la prueba Pericial.

*“La prueba pericial en los procesos de responsabilidad civil médica es uno de los medios probatorios al que se acude generalmente para introducir el conocimiento científico al proceso como elemento para fallar, por lo que el legislador estableció en el Código General del Proceso (CGP) el marco normativo para regular, no solo su aspecto formal y legal, sino también epistemológico, **con el fin de garantizar el uso adecuado de la ciencia en el proceso “buena ciencia”**. Sin embargo, actualmente se plantea el debate acerca de si le es dado al juez hacer uso directo del conocimiento científico para fallar asuntos de responsabilidad civil médica mediante la referencia y uso de la literatura científica especializada en campos de la medicina; posición que ha sido acogida por la Corte Suprema de Justicia apelando a cierto entendimiento del principio de la sana crítica, lo cual merece reparos porque puede suponer **la***

introducción del conocimiento privado del juez, el desconocimiento del principio de necesidad de la prueba, la violación de las garantías del debido proceso probatorio, y demás al uso de “mala ciencia” - junk science- al interior del proceso jurisdiccional.
⁴ (negrilla fuera de texto)

Finalmente, traigo a colación apartes de la sentencia del Consejo de estado, Sala de lo Contencioso Administrativo sección tercera. Radicado. 28116 M.P. HERNAN ANDRADE RINCON., respecto a un asunto de similares características al caso Ad Hoc:

“Al respecto es pertinente citar algunas afirmaciones de doctrinantes de la medicina:

Él cuadro clínico generalmente denominado abdomen agudo plantea muchos problemas. El dolor abdominal agudo requiere rápida investigación y muchas veces crea dificultades diagnósticas al médico. En la mayor parte de pacientes puede lograrse un buen diagnóstico mediante la historia clínica y el examen físico completado con una pocas pruebas de laboratorio.

El objetivo del médico ante un paciente abdominal agudo es alcanzar u diagnóstico temprano y preciso de manera que pueda establecerse rápidamente el tratamiento. A veces unos minutos pueden tener valor crítico...

(...)

Por otra parte, el doctor Ricardo Ferreira manifiesta

La apendicitis constituye un tipo específico de enfermedad abdominal aguda, que como lo advierte el doctor Jhon M. Beal, en el texto transcrito, debe ser diagnosticada rápidamente, ya que sus complicaciones pueden poner en grave riesgo la vida del paciente, En el mismo sentido, el doctor Ricardo Ferrera expresa que “El diagnóstico diferencial d la apendicitis aguda reviste gran importancia para

⁴ VALORACIÓN DE LA PRUEBA PERICIAL EN LA RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA. YESICA MILENA ALZATE ARNERA. Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas 2020.

cualquier médico, por tratarse de una enfermedad frecuente y por que el error implica complicaciones con morbilidad alta.”

El doctor Robert Condon, por su parte advierte:

“la apendicitis aguda siempre deberá sospecharse en los pacientes que se quejan de dolor abdominal o que manifiesten síntomas mínimos que sugieren irritación peritoneal... la única forma de disminuir la morbilidad y prevenir la mortalidad es ejecutar apendicetomía antes de que hayan ocurrido perforación o gangrena”

CARGO TERCERO DE OPOSICION A LA SENTENCIA: Corolario de lo anterior, aduce el señor Juez, que no encuentra razón para reconocer el daño, porque:(43:50)

“... el paciente se alivió. El riesgo al que pudo generar por la intervención tardía según la demanda, nunca se concreto. Es decir. Nunca hubo un daño. Por el contrario, se alivió...No fue un daño cierto.”

No puede pretender el Despacho aseverar que no hubo daño.

Fue demostrado en la audiencia y la razón lógica así lo indica que, no es lo mismo que una persona sea llevada a cirugía en condiciones claras, con previa preparación y sin ninguna complicación evidente. A que el mismo paciente, con una apendicitis complicada, esto es, con necrosis y peritonitis abdominal, tal cual era el cuadro del paciente **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ**, sea sometido a un acto quirúrgico en donde el médico sabe que existe una peritonitis, **pero no tiene claro que va a encontrar, que tan grande es el compromiso abdominal, cuantos órganos están comprometidos y en razón a ello**, debe de realizar una laparotomía exploradora.

De tal suerte, que esto Implica un área quirúrgica mayor. Mayor exposición a medicamentos, a anestésicos, De una pequeña incisión en el cuadrante inferior derecho de cinco centímetros, de una hospitalización de 24 horas, y una recuperación de máximo dos semanas, a pasar un procedimiento de laparotomía desde el ombligo hasta la pelvis, con

una incisión de 20 centímetros, con exposición de órganos abdominales y revisión de los mismos, con lavados para limpiar la pus y una hospitalización prolongada y por ende, una recuperación mas dolorosa y cruenta.

Ya lo predecía el mismo cirujano tratante en el post operatorio inmediato, cuando en la historia clínica refería: "NOTA: RIESGO ALTO DE COLECCIONES INTRAPERITONEALES. EL PROTOCOLO INDICA MANEJAR CON CEFALOSPORINA Y METRONIDAZOL, PERO SE SUGIERE VALORACION POR INFECCION POR LOS HALLAZGOS OPERATORIOS Y POR LA OBESIDAD PARA DEFINIR ESCALONAR A PIPERACILINA"

Esto, atado . por lo dicho por el perito, cuando afirmaba tanto en el escrito, ratificado en su testimonio en la oralidad, que:

"La cirugía de apendicetomía en una apendicitis temprana es una cirugía abdominal menor por una pequeña incisión, con pocas repercusiones generales y rápida recuperación, generalmente menor a dos semanas. La peritonitis se opera por laparotomía mediana, que puede ser una cirugía de complejidad mediana o mayor, con posibles complicaciones que pueden poner en mayor riesgo la vida del paciente, sobre todo, respecto a una apendicetomía. La recuperación puede llevar de 1 a 3 meses."

Así las cosas, no es de recibo que para su señoría en la primera instancia no se tengan consecuencias deletéreas para el paciente, desconociendo los potenciales riesgos que padeció mi mandante, sino además, su dolor y sufrimiento tanto previo al procedimiento que debió haberse practicado de manera inmediata, sino además, a la dolorosa recuperación que no fue "normal" como lo pretende dar a entender el Despacho, sino que fue gravosa y larga para mi mandante, y más importante aún, las secuelas que debió padecer por largos meses antes de poder desempeñar su oficio principal, como es el canto.

El mero hecho que en la actualidad no tenga secuelas, no es razón suficiente para no reconocer que el Daño existió. Aun soporta una cicatriz en su abdomen que no debía soportar. Aun tiene claro el dolor y sufrimiento de esas horas angustiosas. Aun tiene claro que derivado de la complicación , su estado de salud genral se vió afectado.

En sentencia SC referencia 11001-3103-018-1999-00533-01 M.P. WILLIAN NAMEN VARGAS, dice respecto al daño moral:

"El daño moral en sentido lato está circunscrito a la lesión de la esfera sentimental y afectiva del sujeto que corresponde a la orbiota subjetiva, íntima o interna del individuo, de ordinario explicitado material u objetivamente por el dolor, la pesadumbre, perturbación de ánimo, el sufrimiento espiritual, el pesar, la congoja, aflicción, sufrimiento, pena, angustia, zozobra, perturbación anímica, desolación, impotencia u otros signos expresivos, concretándose en el menoscabo de los sufrimientos de los afectos de la víctima y por lo tanto, en el sufrimiento moral, en el dolor que la persona tiene que soportar por cierto evento dañoso..."

Dicho lo anterior, se tiene claro y así lo expresó tanto la propia víctima y demás testigos, de los sufrimientos a los que se vio avocado el señor **VICTOR MANUEL ZULUAGA RAMIREZ**, ratificado en sus dichos por el Perito, al recordar que tratar una complicación es muy diferente a una atención de una apendicetomía en condiciones normales.

El riesgo es mayor, el tipo de incisión es diferente. La recuperación y rehabilitación también lo son. Siendo cierto el riesgo al que se sometió sin estar obligado a sufrirla.

Corolario de lo anterior, respecto a la afirmación del juez, en el sentido que no hay daño, por que finalmente se alivió el paciente, es pertinente recordar, que por el simple hecho de no tener secuelas en la actualidad, es óbice para ser reconocido el daño y por ende, sean reparados. Para ratificar lo dicho, en la Sentencia de Unificación del CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SALA PLENA Consejera ponente: STELLA CONTO DIAZ DEL CASTILLO Bogotá, D. C., veintiocho (28) de agosto de dos mil catorce (2014) Radicación número: 23001-23-31-000-2001-00278-01 (28804), anota:

*"Se unifica la jurisprudencia en lo relativo al tema espinoso del daño temporal. En efecto, al dejarse claro que la duración del daño es factor a tener en cuenta para la tasación del mismo, se aclara que **el carácter permanente de la alteración o la secuela no es requisito esencial para el reconocimiento del perjuicio a la salud. Y es que, en efecto, la Sala no encuentra razones para estimar que el daño que se ha curado o mitigado jamás tuvo lugar (falseamiento de los hechos) o, lo que es aún más peligroso, que los sujetos están obligados a soportar la afectación del bien jurídico de la salud siempre y cuando ésta sea reversible.** Según esta absurda hipótesis, en efecto, tendría sentido desestimar las pretensiones de alguien que padeció una incapacidad total durante varios años y luego se recuperó, bajo el argumento de que el daño fue revertido. En esta misma línea se ha de aclarar también, que la Sala abandona definitivamente la tesis de que solo se ha de indemnizar lo que constituya una alteración grave de las condiciones de existencia. En efecto, dado que no es razonable suponer que alguien*

tenga el deber de soportar la alteración psicofísica de menor entidad, no existe razón para desestimar su antijuridicidad y, por tanto, su mérito indemnizatorio.

PETICIÓN

Dicho lo anterior, les ruego a los Honorables magistrados en la segunda instancia, tengan presentes estos breves argumentos para revocar la sentencia en primera instancia y en consideración a ello, fallen a favor de mis defendidos, amen de condenar en costas a las entidades demandadas.

SERGIO ALBERTO BRAND RUIZ

C. C. No. 10.262.665 de Manizales

T. P. No. 156.441 C. S.J.