



## **JUZGADO CUARENTA Y CINCO CIVIL DEL CIRCUITO**

**[i45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:i45cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co)**

Bogotá D. C., catorce (14) de noviembre de dos mil veintitrés (2023).

### **1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO**

Referencia:	<b>110013103010 2009 00340 00</b>
Demandante:	<b>BAUDILIO SICUARIZA LEÓN</b>
Demandado:	<b>CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A. y EPSICLÍNICAS S.A. (CLÍNICA SANTA BIBIANA)</b>
Decisión:	<b>SENTENCIA PRIMERA INSTANCIA</b>

### **2. OBJETO DE LA DECISIÓN**

Procede esta agencia judicial a dictar sentencia en el proceso de la referencia.

### **3. ANTECEDENTES**

1. El extremo demandante actuando a través de apoderado judicial, instauró la presente demanda, mediante la cual pretendió:

i) Se declare que las demandadas CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A. y EPSICLÍNICAS S.A. (CLÍNICA SANTA BIBIANA) son solidariamente responsables de los daños materiales,

morales y fisiológicos sufridos por el demandante, como consecuencia de la falla en el servicio por la conducta descuidada, omisiva, negligente y culposa de las convocadas, quienes con las intervenciones quirúrgicas realizadas al demandante le causaron un daño grave e irreparable de por vida.

ii) Se declare que las demandadas son responsables de los daños materiales, fisiológicos y morales sufridos al demandante; como consecuencia de ello, solicita el pago de a) perjuicios morales por la suma de \$300'000.000, b) Lucro cesante por \$36'265.900 y daño emergente por \$69'595.000 más los intereses de mora desde que se dicte la correspondiente sentencia hasta su pago.

2. La demanda se admitió inicialmente contra Cafesalud Medicina Prepagada y EPSICLÍNICAS –Clínica Santa Bibiana-. Posteriormente, el extremo demandante solicitó la corrección de la demanda (fl. 127 C. 1) para convocar a la EPS Cafesalud y no a Cafesalud Medicina Prepagada, solicitud aceptada en providencia de 15 de octubre de 2010 (fl. 48 C.2).

La demandada EPS Cafesalud contestó la demanda proponiendo las excepciones de “Cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de Saludcoop Entidad Promotora de Salud”, “Inimputabilidad de las presuntas consecuencias del acto médico a la EPS”, “Discrecionalidad científica que no responsabiliza a Cafesalud Entidad Promotora de Salud E.P.S.”, “Inexistencia de Causalidad Médico Legal” y “Excepción Genérica”.

Por su parte, EPSICLINICAS S.A. \_ Clínica Santa Bibiana- presentó las excepciones de “Adecuada práctica médica - Cumplimiento de la Lex Artis-, “Inexistencia de obligación de resultado, exigencia de obligación de medios en el acto médico

desplegado por la I.P.S.”, “Discrecionalidad científica que no responsabiliza a la IPS por los actos realizados por el médico tratante”, “Existencia de riesgos inherentes al procedimiento practicado por el personal médico de la I.P.S.”

3. Realizada la audiencia de que trata el artículo 101 del Código de Procedimiento Civil, en la cual al no haber existido ánimo conciliatorio, se continuó con el desarrollo de la misma, se fijaron los hechos, pretensiones y excepciones (fl. 53 C.2).

4. Mediante auto de 18 de noviembre de 2011, se abrió a pruebas el proceso, decretando las solicitadas por las partes (fl. 55 C. 2).

5. Posteriormente, vinculado el liquidador de las demandadas, señor Felipe Negret Mosquera, se señaló fecha para escuchar los alegatos de conclusión, la cual acaeció el pasado 27 de octubre.

#### **4. CONSIDERACIONES:**

1. No se observa causal de nulidad que pueda invalidar lo actuado, ni reparo que formular en contra de los llamados presupuestos procesales, toda vez que los requisitos exigidos por la ley se encuentran presentes. Igualmente, se verifica por el despacho que la demanda satisface las exigencias rituaras que le son propias, los extremos procesales gozan de capacidad para ser partes y comparecer ante la presente instancia, como la competencia, atendiendo a los factores que la delimitan, radica en este Juzgado.

2. Ahora bien, adentrándonos al fondo del litigio, se infiere que lo pretendido por la parte demandante es que sea declarada la responsabilidad civil extracontractual de la E.P.S. Cafesalud en

Liquidación y EPSICLÍNICAS (Clínica Santa Bibiana) hoy Corporación IPS Saludcoop en Liquidación, ante la negligencia e imprudencia en la prestación del servicio de salud brindado al señor Baudilio Sicuariza, con ocasión del diagnóstico de apendicitis aguda, pues se aduce una falla en el servicio por la conducta descuidada, omisiva, negligente y culposa, quienes por las intervenciones quirúrgicas realizadas al demandante propiciaron un daño grave e irreparable de por vida, de ahí que, en dicho de la parte demandante, se deba ordenar el pago de los daños morales y materiales rogados.

3. Así las cosas, preciso es indicar que girando la controversia en torno a la responsabilidad medica de carácter extracontractual, ya que es allí en donde estriba el problema jurídico planteado, tiene sentado la doctrina y la jurisprudencia que para que salga avante la acción, es indispensable que concurren los siguientes requisitos: a) la culpa, b) el daño y su cuantificación y, c) el nexo causalidad entre estos dos.

3.1. A voces del artículo 2341 del C. C. “[e]l que ha cometido un delito o culpa, que ha inferido daño a otro, es obligado a la indemnización, sin perjuicio de la pena principal que la ley imponga por la culpa o el delito cometido”.

Sin embargo, preciso es memorar que la responsabilidad medica sólo se deriva a partir de la **culpa probada**, toda vez que, en línea de principio, el medico sólo asume el compromiso de hacer – como experto- los esfuerzos posibles desde la perspectiva de la ciencia médica para sanar, remediar o mitigar las dolencias del paciente, propósito para el cual deberá aplicar todo su conocimiento con apego a la correspondiente *lex artis*, sin que puedan garantizar un resultado.

Esto, porque los galenos de manera general no se comprometen a “sanar el enfermo, sino a ejecutar correctamente el acto o serie de actos que, según los principios de su profesión, de ordinario deben ejecutarse para conseguir el resultado. El haber puesto estos medios, con arreglo a la ciencia y a la técnica, constituye el pago de esta clase de obligaciones”<sup>1</sup>.

De tal suerte, que, incumbe a la parte demandante acreditar los tres elementos que configuran la responsabilidad, bajo regla tradicional *onus probandi incumbit actoris*, aforismo desarrollado en el artículo 167 del C. G. P., el cual erige:

"incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen"

No debe perderse de vista que al tenor del canon 164 del estatuto adjetivo “[t]oda decisión judicial debe fundarse en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso. Las pruebas obtenidas con violación del debido proceso son nulas de pleno derecho”, en últimas, porque es finalidad de la actividad probatoria lograr que el juez llegue a la certeza o convicción sobre el acaecimiento de los hechos aducidos como sustento de las pretensiones o en su defecto de las excepciones, cometido para el que deben las partes aportar regular y oportunamente al proceso los medios persuasivos, como colaborar en la práctica de los mismos.

3.2. Al amparo de las anteriores reflexiones y a efectos de verificar la concurrencia de los memorados presupuestos de la acción que atañe, refulge de la historia clínica del demandante obrante en la carpeta de historias clínicas del expediente digital, que:

---

1. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sala de Casación Civil, sent. de 3 de noviembre de 1997.

- a. El señor Baudilio Sicuariza León el 21 de junio de 2007, ingresó a la EPSICLINICAS S.A. a las 15:40 con “cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal que empieza en forma difusa, luego se ubica en fíid, donde permanece hasta el momento, además de esto ha tenido vómito náuseas, no presenta síntomas urinarios. no hay otra sintomatología. ante esta situación decide consultar a urgencias y a las 6:32 p.m. le diagnosticaron “apendicitis aguda, no especificada”. Se le practicó cirugía. Se le se le explica al paciente y a sus familiares la indicación de la cirugía así como sus riesgos y posibles complicaciones como son infección, sangrado, absceso intraabdominal, peritonitis, sepsis, alergia y muerte. se firma el consentimiento informado.”
- b. El 22 de junio de 2007 se indica: “abdomen blando herida limpia sin signos de infección”.
- c. Para el 23 de junio de 2007: paciente post apendicectomía quien ha evolucionado de forma no satisfactoria por dolor intenso en la herida y hoy tuvo hipotensión con mareo que le obliga a estar acostado. pero refiere mejoría. diuresis + flatos + no ha tenido vómito, tolera vo adecuadamente alerta orientado.
- d. El 25 de junio de 2007, se advierte: “secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento”, “se explica al paciente y su familia la condición de su estado de salud, la necesidad de revisión quirúrgica se explica igualmente los beneficios, riesgos y complicaciones de este nuevo procedimiento como son, absceso residual, peritonitis, sepsis, alergia, necesidad de colostomía”.
- e. El 26 de junio de 2007 se advierte de la historia clínica: “paciente quien ingresa a la UCI con soporte ventilatorio mecánico con trastorno de oxigenación severo patrón de lesión pulmonar agudo requiriendo soporte inotrópico y alto aporte volumétrico con cristaloides, en post inmediato de drenaje de peritonitis fecal por perforación intestinal, se inicia manejo ab con piperac tazobactam dado el compromiso pulmonar severo decido iniciar esquema corto de

esteroides a dosis bajas para modular respuesta inflamatoria pronostico grave manejo UCI”.

- f. 27 de junio de 2007: paciente en ventilacion mecanica, bajo sedacion soporte inotropico y vasocativo con dopamina. Objetivo: abdomen blando doloroso, liquido serohemático. Análisis: lavado peritoneal quirurgico” y diagnóstico: “Peritonitis, no especificada”.
- g. Para el 28 de junio de 2007: “paciente en regulares condiciones generales , en ventilacion mecanica con parametros de modo simv + ps de 14, ivm de 18, vc de 659, vm de 11.8, flujo de 60, fio2 de 40%, peep de 9, pim de 30, saturacion de 94%, se realiza terapia respiratoria se realiza drenaje postural , percusion + vibracion + aceleracion de flujo + aspiracion de secreciones por tubo orotraqueal y boca obteniendose escasas secreciones por tubo. igual manejo por terapia respiratoria.
- h. Para el 29 de junio de 2007: “evolucion clinica hacia la mejoria sirs en modulacion componente pulmonar con compromiso de oxigenacion que interpreto como edema pulmonar no cardiogenico . Continua manejo de soporte instaurado , adecuado cubrimiento antibiotico se considera completar 10 dias de antibioticoterapia posterior a resolucio de foco intraabdominal documentado por liquido de liquido peritoneal (- ) pendiente cierre de cavidad”
- i. 2 de julio de 2007: laparostomia en buen estado asas intestinales limpias bien perfundidas se realizara lavado peritoneal para intentar cierre una vez disminuya edema de asas.
- j. 3 de julio de 2007: paciente conocido por el servicio con sepsis de origen abdominal controlada, quien esta en plan de posible extubacion. se programa para mañana lavado y posible cierre de la cavidad, se deja indicado suspender nutricion enteral hoy 22+00 para cirugia mañana.
- k. 5 de julio de 2007: evolucion estacionaria. persiste con sirs. ultimo lavado qx el dia de ayer. se cambio sonda nasogastrica. se debe considerar germen resistente a piperacilina tazobactam vs infeccion por hongos. es de tener en cuenta que ultimo lavado qx el dia de ayer y no se encontraron colecciones por tal motivo se deben buscar otros determinantes para proceso infeccioso. se esperan cultivos nuevos solicitados consirar inicio de fluconazol segun reporte de cultivos aun permanece abierto por asa distendidas.

- l. 22 de julio de 2007: paciente con fiebre con infección en sitio de inserción del catéter, se considera que cursa con sepsis por catéter, se decide retirar catéter central y cultivar punta, tomar hemocultivos, rx torax, hemograma P de O continuar antibiótico.
- m. 23 de julio de 2007: paciente con hemocultivo positivo para gérmenes gram negativos, con rx de torax con infiltrados en base derecha y en manejo con imipenem, se retiró catéter central, pendiente resultado de antibiograma y valoración por infectología, se deja en aislamiento de contacto.
- n. 28 de julio de 2007: se recibe reporte de hemocultivo ( 22/07/07) 1 de 2 con acinetobacter baumannii / haemolyticus multiresistente , sin embargo el paciente no cursa en este momento con síns, motivo por el cual considero que se trata de colonización, y se aconseja continuar medidas de aislamiento de contacto, pero no se indica manejo antimicrobiano, continuar seguimiento clínico y paraclínico.
- o. El 29 de julio de 2007: plan buena evolución general ya sin tto antibiótico. continuar curaciones y mañana salida por SHEC.
- p. El 31 de julio de 2007: estable muy buena evolución salida con SHEC.

Ahora, del dictamen pericial arrojado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses obrante a folios 363 al 380 C. 2, resulta lucido que:

- a. Si se autorizaron los servicios, interconsultas y tratamientos que el paciente requería al ingreso.
- b. De forma resumida la atención que se le ofreció al señor Baudilio Sicuariza León en EPSICLINICAS S.A. Clínica Santa Bibiana consistió en una consulta de urgencias por dolor abdominal, se hacen algunos exámenes de rutina y se vuelve a valorar al paciente, después de la segunda valoración se sospecha la apendicitis y se solicita la valoración por el cirujano general. El paciente es valorado por el cirujano general, se considera que se trata de una apendicitis aguda y se pasa a

cirugía realizándose la apendicetomía procedimiento que no presentó complicaciones. Luego el paciente pasa a sala de recuperación y luego a hospitalización. En los dos días posteriores a la cirugía el paciente comienza a presentar signos en relación con complicaciones. Presentó edemas, dolor intenso en la herida quirúrgica, retención urinaria y distensión abdominal. El día 25 de junio de 2007 a las 18:58 horas se evidenció que a través de la herida quirúrgica estaba saliendo un material que correspondía a materia fecal. En este momento la conducta fue llevar el paciente nuevamente al quirófano para realizar revisión quirúrgica, al terminar la cirugía se han presentado varios cambios clínicos con deterioro de las condiciones generales del paciente lo cual obligó su traslado a UCI. En la cirugía se encontraron perforaciones intestinales múltiples con peritonitis que obligaron al cirujano a realizar ostomias, durante la cirugía el paciente presentó alteración severa de los índices de oxigenación por lo cual requirió soporte ventilatorio mecánico posterior a la cirugía, y este tipo de manejo se debe realizar en las UCI. Los diagnósticos que citan al ingreso del paciente a la UCI son: Falla respiratoria post quirúrgica, injuria pulmonar aguda, choque séptico, sepsis abdominal severa, post operatorio de rafia intestinal, colostomías, lavado de cavidad abdominal, drenaje de perintonis, post operatorio tardío de apendicectomía.

- c. Todos estos diagnósticos muestran un paciente en estado crítico con compromiso de varios órganos y quien necesitaba cuidados especializados en la UCI. El paciente permanece en la UCI hasta el día 11 de julio de 2007 (dieciséis días) superando unas complicaciones y presentando otras, durante el tiempo que estuvo en la UCI hizo hemorragia digestiva y presentó neumotórax que requirió toracostomía. El paciente es trasladado a piso.

- d. El paciente recibió atención médica desde el 21 de junio de 2007 hasta el 29 de julio de 2007 día en que se encuentra la última nota en la historia clínica, sin embargo, en esa nota no dice salida, pero no hay otras notas en donde se pueda establecer que día fue dado de alta el paciente. En este rango de fechas el paciente estuvo por lo menos 38 días hospitalizado. Pero la atención médica no había terminado porque quedaba pendiente el cierre de las “colostomías”, el cierre de estas se hace varios meses después. En la historia clínica es evidente que el paciente hace infecciones por varios gérmenes no comunes y requirió manejo con antibióticos muy especiales.
- e. Adujo también medicina legal que a pesar del avance que ha tenido la medicina en los últimos 30 años, de la existencia de sofisticados medios diagnósticos, la apendicitis continúa siendo una enfermedad que lleva a errores en el diagnóstico, pues a pesar de los exámenes no se evidencia con facilidad y se manifiestan síntomas diferentes, además hay pacientes que desde el comienzo de los síntomas antes de 12 horas ya pueden haber perforado el intestino y otros casos con solo dolor abdominal de tres días a quienes se intervienen y tienen el apéndice inflamada y sin complicaciones.
- f. Agrega que a la fecha no hay método que permita afirmar con certeza antes de operar a un paciente que tenía apendicitis y que todo paciente que desarrolle una apendicitis puede presentar complicaciones que dependen de varios factores, unos del paciente y otros del servicio de salud. De los factores del paciente se pueden presentar enfermedades que faciliten las infecciones y otro factor que no se acuda a tiempo y se auto medique y es un tema que debe tenerse en cuenta en el caso del demandante porque había presentado síntomas 18 horas antes y había tomado ranitidina sin mejoría y el sólo hecho de

haber consultado después de ese tiempo, ya aumenta el riesgo del paciente de hacer infecciones. Indicó que en la historia enviada no se encontraron los reportes de patología de las cirugías, pero el hecho de presentarse múltiples perforaciones intestinales no se relaciona con mala técnica quirúrgica y el cirujano no es responsable de ello.

- g. Adicionó que no hay elementos necesarios para hacer un análisis que permita a las autoridades competentes establecer si se presentó alguno de los factores generadores de responsabilidad (impericia, imprudencia o negligencia) de parte de los profesionales que atendieron al demandante o si hay responsabilidades administrativas.

3.3. Del acervo probatorio recaudado así descrito, debe indicarse que no permite concluir con certeza, que las demandadas hayan incurrido en culpa por haber actuado con negligencia respecto de la enfermedad de paciente Baudilio Sicuariza porque no lo hubiesen atendido a tiempo, ni porque no se le hubiesen practicado los procedimientos correspondientes para atender la intervención requerida en el diagnóstico del actor (cumplimiento de la LEX ARTIS) y, por tanto, no resulta admisible endilgarle la causación del daño enrostrado.

Téngase en cuenta que no hubo un error en el diagnóstico, o un actuar culposo, o negligente en la atención brindada al señor Baudilio Sicuariza León, pues desde un comienzo la prestadora del servicio de salud le diagnosticó apendicitis aguda que se constata con el dictamen médico legal y con base en ello, le autorizaron los servicios y el tratamiento requerido, como la cirugía inicial que se le realizó, sin que haya evidencia de que le hayan negado la atención.

3.4. De otro lado, el demandante no estableció cuales fueron los actos de inejecución dejados de realizar por las demandadas, o cuál fue el mal procedimiento efectuado, descuido o mala intervención para tratar el diagnóstico de apendicitis, pues en el libelo genitor únicamente se limitó a indicar que en la primera cirugía el actor resultó gravemente afectado, causándole un daño grave e irreparable de por vida, pero sin identificarse la causa del mismo ni menos acreditarse que la misma derivara de actuar negligente o imperito de los médicos que lo trataron.

Si bien es cierto se pudiera deducir de la interpretación de la demanda que es por la demora en la atención, desde el ingreso a urgencias a la realización de la cirugía, debe tener en cuenta el demandante que de acuerdo a lo explicado en el dictamen pericial por Medicina Legal -el cual valga resaltar no fue objetado por la contraparte dentro de la oportunidad correspondiente-, se menciona que lo importante en el caso de sospecha de apendicitis es que se atienda prontamente al paciente, pero de acuerdo a lo narrado por esa entidad, no hay medida de tiempo que permita señalar a partir de cuándo hay o no oportunidad en la atención, pues cada persona manifiesta un síntoma diferente con la apendicitis y hay personas que desde el comienzo de los síntomas, dijo el INML, antes de las 12 horas ya pueden haber perforado el intestino y hay otros casos de pacientes con dolor abdominal de incluso tres días a quienes se intervienen, tienen la apéndice inflamada, pero sin complicaciones, de allí que no se pueda advertir un actuar culposo de los médicos que atendieron al paciente, pues una vez el paciente ingresa debe efectuarse los exámenes correspondientes para efecto de determinar un diagnóstico, como aquí se procedió por la pasiva ante el paciente que formula la demanda.

3.5. Es más, no se probó que se haya emitido un diagnóstico errado y que debido a una equivocación en la primera cirugía (apendicectomía) realizada al demandante se dio la peritonitis fecal por perforación intestinal, ante lo que no puede perderse de vista que ello puede ser una consecuencia de la apendicectomía, la cual puede ocurrir en el 40% de los pacientes según el testimonio de los profesionales Ana Deise Bonilla Castañeda como médica cirujana y cirujana general y Nestor Delfio Soto Palomino como ayudante quirúrgico (fl. 331 y 333 C. 2), manifestaciones que concuerdan con lo explicado por Medicina Legal al referir que “(...) el hecho de presentarse múltiples perforaciones intestinales no se relaciona con mala técnica quirúrgica y el cirujano no es responsable de ello”.

3.6. Igualmente, del testimonio rendido por el médico general Eduard Maldonado López quien atendió al paciente en la sala de urgencias, cuando le preguntaron si los síntomas estipulados por el paciente en el servicio de urgencias podían suponer la presencia de una apendicitis en una primera evaluación, manifestó que “no necesariamente dentro del dolor abdominal y en el cual es muy específico el paciente que inició en región epigástrica con vómito, puede uno llegar a pensar en cualquier enfermedad gastrointestinal asociada y al examen físico por la ubicación del dolor sin que tenga signos claros en el momento de borborigos o irritación peritoneal lo puede dar uno como diagnóstico diferencial por lo cual se solicitaron los exámenes y dejó una observación para poder determinar la evolución del mismo”.

Igual información brindó el testigo médico general John Erick Cuervo Bolívar al indicar que “el diagnóstico de la apendicitis aguda a pesar de todos los avances tecnológicos hoy día sigue siendo un diagnóstico difícil, la cavidad abdominal tiene cantidad de motivos para manifestar dolor abdominal requiere un ejercicio diagnóstico

antes de llegar a la conclusión que se trate de apendicitis aguda y la decisión de pedir tratamiento quirúrgico” (fl. 317 C. 2), situación que coincide con lo manifestado por el Instituto de Medicina Legal al afirmar que en un primer plano no es procedente determinar que el paciente tenga apendicitis, pues en cada persona se manifiestan síntomas diferentes de tal enfermedad.

3.7. Contrario a la tesis de la parte actora, importa enfatizar que el dictamen pericial rendido por el INML consideró que el servicio médico prestado en la humanidad del demandante fue oportuno, no tuvo evidencia de que se le negara algún servicio médico, las perforaciones intestinales no se relacionan con mala técnica quirúrgica; además que a pesar de que la apendicitis es una enfermedad que puede llevar a error en el diagnóstico, ello no sucedió en este caso; además que de acuerdo a lo señalado en la experticia, todo paciente que desarrolle tal enfermedad puede presentar complicaciones que faciliten infecciones, como también el no acudir a tiempo al médico, lo cual debe tenerse en cuenta en este asunto, pues el demandante acudió al ente de salud, 18 horas después de iniciar el dolor y había tomado el medicamento ranitidina sin mejoría, lo cual también pudo ocasionar una complicación en la salud del actor, mérito probatorio que no logró contrarrestar la parte demandante, haciendo recaer sus elucubraciones en meras conjeturas, en principio, porque el dictamen aportado no fue objetado y, subsecuentemente, porque este como documento técnico-científico es contundente en sus atestaciones.

Aunado a lo anterior, porque los dictámenes **“podrán ilustrar al juez sobre las reglas técnicas que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga.** Así, con base en la información suministrada, podrá el juez, ahora sí aplicando las reglas

de la experiencia común y las propias de la ciencia, dilucidar con mayor margen de certeza si uno o varios antecedentes son causas o, como decían los escolásticos, meras condiciones que coadyuvan, pero no ocasionan. **De la misma manera, quedará al abrigo de la decisión judicial, pero tomada con el suficiente conocimiento aportado por esas pruebas técnicas a que se ha hecho alusión, la calificación que de culposa o no se dé a la actividad o inactividad del profesional, en tanto el grado de diligencia que le es exigible se sopesa y determina, de un lado, con la probabilidad de que el riesgo previsto se presente o no y con la gravedad que implique su materialización, y de otro, con la dificultad o facilidad que tuvo el profesional en evitarlo o disminuirlo, asuntos todos que, en punto de la ciencia médica, deben ser proporcionados al juez a efectos de ilustrarlo en tan especiales materias**<sup>2</sup>.

3.8. Si bien es cierto, en la experticia allegada por Medicina Legal se señala que se le diagnosticó apendicitis al demandante en la segunda valoración, transcurriendo un tiempo de 8 horas y 34 minutos y que de la historia clínica no se permite establecer por qué transcurre ese tiempo antes de que el paciente fuera valorado por el especialista; sin embargo, menciona que ello puede ser responsabilidad administrativa y no del que hacer técnico y científico profesional. Por tanto, con el solo hecho de que falte alguna información en la historia clínica no es posible endilgar imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los reglamentos o deberes propios a la obligación de resultado que le correspondía satisfacer al personal de la Clínica Santa Viviana y, por consiguiente, a Cafesalud E. P. S., debiendo ser probado ello por la parte demandante.

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 26 de septiembre de 2002, Exp. 6878.

Máxime si de la historia clínica adosada no se evidenció la existencia de un retardo en la administración de tratamientos o la carencia en la prestación de un servicio que por mandato legal les correspondía proporcionar a los prestadores del servicio de salud; explicación que se acompasa con la antedicha pericia.

3.9. De otra parte, preciso es manifestar que verificado el testimonio de la enfermera Andrea del Pilar Ayala Sicuariza traído por el demandante (fls.307 a 309 C. 2), tal persona no estuvo presente en ningún procedimiento efectuado por los médicos de la Clínica Santa Viviana; por tanto, se considera que no tiene el conocimiento en relación con los procedimientos y tratamientos realizados al demandante mientras estuvo hospitalizado.

4. En estas condiciones, vemos que si no se halla acreditada la culpa como uno de los elementos de la responsabilidad, ni la relación causal, como se desprende de las pruebas allegadas al proceso, no resulta viable que se acojan las pretensiones del demandante, todo lo cual, releva al Juzgado de entrar a estudiar, no solo los restantes elementos que integran la responsabilidad, (daño y nexo causal), sino además las excepciones propuestas por los demandados.

Es más, en lo que tiene que ver con la asistencia hospitalaria, no queda duda de que se actuó con diligencia y cuidado, suministrando el tratamiento que requería el paciente, pues no se demostró lo contrario, y en esa medida, a pesar de existir alguna secuela en el demandante, no se encuentra demostrado que la misma tenga como origen el proceder médico o lo que es igual, la culpa de las aquí demandadas, elemento necesario para que se edifique su responsabilidad, lo cual, como antes se dijo, desemboca en una ruptura del nexo causal que impiden el reconocimiento de las

pretensiones invocadas, ante la ausencia de los elementos axiológicos de la mencionada responsabilidad.

Puestas de éste modo las cosas, se negarán las pretensiones de la demanda al no concurrir los presupuestos de la presente acción.

En mérito de lo expuesto el Juzgado Cuarenta y Cinco Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la Republica de Colombia y por autoridad de la Ley,

### **RESUELVE**

**PRIMERO:** Negar las pretensiones de la demanda por las razones expuestas en la parte motiva.

**SEGUNDO:** Condenar en costas a la parte demandante. Inclúyanse como agencias en derecho la suma de \$2'000.000.00.

**TERCERO:** Archivar el expediente.

NOTIFÍQUESE.

  
**GLORIA CECILIA RAMOS MURCIA**  
Jueza

NOTIFICACIÓN POR ESTADO:

La providencia anterior es notificada por anotación en estado  
No. 83 del 15 de noviembre de 2023

  
Rosa Liliana Torres Botero  
Secretaria