

Doctora
GLORIA MARIA JIMENEZ LONDOÑO
JUEZ DIECINUEVE (19) CIVIL DEL CIRCUITO DE CALI
E.S.D.

**REF. CONTESTACION DEMANDA VERBAL DE
RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA**

**DEMANDANTES: MAURO LORENZON, SANDRA ELENA
MORILLO ARIAS, GIAN MATTEO LORENZON y MAYRA
ALEJANDRA SALDARRIAGA MORILLO**

DEMANDADO: CLINICA IMBANACO S.A.S

Radicado: 760013103019-2022-00254-00

Quien suscribe, **GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Cali, identificada con la Cedula de Ciudadanía No. 38.567.553 de Cali, abogada en ejercicio con T.P. No. 182.103 del C.S. de la J., obrando como representante judicial de la demandada CLINICA IMBANACO S.A.S., según certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, el cual adjunto; mediante el presente escrito y encontrándome dentro del término de ley, procedo a recorrer el traslado y doy repuesta a la demanda de la referencia, refiriéndome a la misma en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS

AL 2.1. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en pruebas documentales.

AL 2.2. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL 2.3. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL 2.4. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal,

por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL 2.5. DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO de la manera como lo narra el profesional del derecho, ya que el señor MAURO LORENZON primero fue evaluado en un centro de salud y después en la ciudad de Tuluá en la Clínica San Francisco donde le toman un TAC de columna lumbosacra, encontrándose fractura de L2, con aplastamiento mayor del 50%. Ya con un cuadro de siete días de evolución ingresó a la Clínica Imbanaco el día 14 de enero de 2020.

AL 2.6. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según registro en historia clínica aclarando que se dio el siguiente análisis:

“PACIENTE CON TRAUMA LUMBAR Y FRACTURA SEGUN TAC, SE COMENAT CON DRA. SERRRANO-NEUROCX DE TURNO PARA VALORACION Y MANEJO. SOLICITA QUE SE SUBAN IMAGENES AL SISTEMA PARA VALORACION Y SEGUNDA LECTURA. SE DEJA EN OSBERVACION. SE INICIA ANALGESAI. SE LE EXPLICA A PACIENTE Y SU FAMILIAR Y SE REEVALUARA Y DEFINIRA SEGUN EVOLUCION Y RESULTADOS. SE DIÓ INFORMACIÓN AL PACIENTE/FAMILIA SOBRE LA CONDICIÓN CLÍNICA, EVOLUCIÓN Y PLAN DE MANEJO

Observaciones. Revisión por sistemas negativo

Triage. 3”.

ES CIERTO que se hospitaliza por neurocirugía, tal como se evidencia en historia clínica:

“Notas de Interconsultas

14 enero 2020 13:13 - (URG P0 LADO A)

Paciente con cuadro de 7 días de evolución consistente en dolor posterior a trauma en lancha, al saltar en una ola, con posterior gran dolor en región lumbar, con limitación para la bipedestación no hay dolor en miembros inferiores antecedentes

patológicos diabetes mellitus, HTA

qx: fractura de codo, colecistectomía

tox-alerg negativos

EF: Paciente en buen estado general afebril hidratado, presenta gran dolor a la palpación en región lumbar, no hay déficit motor o sensitivo

rmt ++/++++

respuesta plantar neutra

tx de columna lumbar se observa fractura de L2 , de más del 50%

TAC de columna se observa fractura de L2 mayor del 50%, con fragmento de canal de un 10%

no hay compromiso de los pedículos o estructuras óseas posteriores

P: hospitalizar por neurocirugía Dr. Carlos Llanos

movilizar en bloque

manejo del dolor

glucometría preprandial

Firmado electrónicamente por **ADRIANA SERRANO RUSSI – NEUROCIRUGIA**”.

AL 2.7. DE LA DEMANDA: ES CIERTO que se valora por médica y se aclara que el subrayado por parte del abogado con relación a que el paciente se encontraba en condiciones aceptables de salud, es normal para un paciente que llega con este tipo de diagnóstico.

Analisis.	paciente estable clinicamente con signos vitales controlados. ingresa en condiciones aceptables de salud. para continuar manejo con neurocirugía dr llanos. dx 1. Fractura a nivel del cuerpo vertebral de L2 con pérdida de altura de aproximadamente un 50 % sin compromiso de pediculos ni masas paravertebrales. Paciente programado para cirugía mañana al medio día. informa el dr llanos por favor no aplicar clexane, se solicitan paraclínicos de prequirurgicos. se realiza reserva de 4 unidades de globulos rojos
Observaciones.	Revisión por sistemas negativo

Firmado electrónicamente por PAOLA ANDREA RAMIREZ RUIZ -- MEDICINA GENERAL

AL 2.8. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL 2.9. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL 2.10. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL 2.11. DE LA DEMANDA: ES CIERTO que se tienen fotos y videos que constan en las pruebas que aportó el abogado, pero hay que aclarar que el drenaje es normal ya que se debe extraer los fluidos porque de no hacerlo, se acumulan y presionan las estructuras vecinas que pueden dañar vasos y nervios, con provocación de dolor y retraso de cicatrización. Las fotos y videos son de un procedimiento normal y rutinario que se hace con los pacientes que necesitan de drenaje. Además, hay que recordar que el trauma del señor MAURO LORENZON era complejo.

AL 2.12. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica, anotando que es una conducta normal porque ingresó a UCI en proceso de observación de su comportamiento hemodinámico.

Se debe anotar que empezó antibióticos y se solicitó policultivo porque era un paciente que, con la sintomatología clínica y síntomas, la sospecha más importante era una infección. Como parte del manejo que se debe hacer según literatura científica, en estos pacientes lo más importante es reanimarlos adecuadamente (empezar terapia) las primeras horas que son fundamentales y, cultivarlo porque se debe saber qué está generando la infección; con el resultado se ajusta el tratamiento inicial. Este es un manejo estandarizado para este tipo de casos.

AL 2.13. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica.

AL 2.14. DE LA DEMANDA: ES CIERTO, pero se debe anotar e informar al Despacho que un cuadro de delirium producto de la infección, es normal porque se alteran muchos órganos y mucha de la función normal del cuerpo humano, lo que implica cambios en el estado de conciencia. Reiteramos, es algo normal.

AL 2.15. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica, anotando que los cultivos dan unos resultados iniciales en donde se identifica el género y la especie, por lo que se necesita saber si son sensibles a los antibióticos.

AL 2.16. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica, anotando que la infección es un proceso inflamatorio inducido por microorganismos que genera cambios en los tejidos de la herida y/o distalmente al sitio. A medida que mejora infección, la inflamación va cediendo. Todo lo anterior es parte de un proceso que se prestó de manera necesaria y pertinente, sin poner en ningún momento en riesgo la vida del paciente. Como se puede evidenciar a través de la historia clínica, se le brindaron las herramientas adecuadas, el seguimiento clínico pertinente y ajustado, y se intentó mediante métodos científicos y tecnológicos intentar mejorar sus síntomas.

AL 2.17. DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica, anotando que el egreso se dio porque el paciente tenía la herida en buenas condiciones, el servicio de enfermería le dio el adiestramiento para la curación y, por parte de los médicos se dieron recomendaciones. Recordemos que la estadía prolongada en medio hospitalario de un postquirúrgico, aumenta los riegos de infección nosocomial.

AL 2.18 DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en los registros de la historia clínica, dejando claro que la infección del sitio quirúrgico es normal debido a las comorbilidades¹ que tenía el paciente: hipertenso, diabético y obeso (por la grasa que es una de las causas más importantes para inflamación) y además, ingresó muchos días

¹ Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.

después del trauma (1 semana), tuvo una cirugía de más de 5 horas con pérdida de más de 1000 cc de sangre, lo que aumentaba de manera significativa una infección.

De hecho, en el numeral 18 del dictamen pericial aportado por la parte demandante, el perito en esta respuesta nos confirma que todo material de osteosíntesis o artrodesis, tiene el mismo riesgo de infectarse y que puede aumentar con la comorbilidad del paciente. Situación que se dio y que se va a probar en el transcurso de la presente contestación y proceso.

AL 2.19 DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO que el paciente haya adquirido “*la infección compleja y resistente a los tratamientos con medicamentos en el quirófano durante la cirugía que le fue practicada el día 23 de enero de 2020*” porque:

- Tenía proceso inflamatorio en la columna
- Tenía riesgos que hacía que una de las complicaciones más frecuentes fuera una infección del sitio operatorio
- La infección no era prevenible (se hubiera infectado igual en otra IPS)
- Los seres humanos no somos estériles
- Las propias bacterias pueden generar la infección
- Al día 6 de febrero que estuvo en la consulta externa en el consultorio del Doctor Llanos, está claro en la nota que la herida tiene algo de trasudado pero por su diabetes y obesidad se explicaría.
- Tenía varias comorbilidades que aumentaron el riesgo de infección.

La parte demandante deberá probar plenamente lo manifestado en este hecho.

AL 2.20. DE LA DEMANDA: NO ES CIERTO que la conclusión de los peritos con relación a que la infección fue nosocomial derivada de la cirugía en la Clínica Imbanaco el día 25 de enero de 2020 porque en ninguna de las respuestas del dictamen así lo dice.

El señor MAURO LORENZON se **complica por las características del paciente**. Es una infección de sitio operatorio, pero no era prevenible por sus múltiples comorbilidades (paciente obeso, con índice de masa corporal de 33, diabético no controlado, hipertenso), ingresó a la clínica 1 semana después del trauma, tuvo una cirugía de más de 5 horas y tuvo una pérdida de más de 1000 cc de sangre.

De hecho, los peritos confirman en su numeral 9 que la técnica utilizada era la indicada, así como da la razón a mi mandante en los numerales 11, 16, 19, 21. El numeral 12 confirma que la infección fue la causa de las múltiples cirugías, no específicamente la realizada el 23 de enero de 2020; los peritos no confirman la aseveración del abogado y

tampoco el abogado les preguntó en su dictamen lo anterior. Estos numerales se explicarán en las excepciones.

Además, los peritos **NO** son par del Doctor Carlos Llanos ya que estos **NO** son neurocirujanos subespecialistas en columna ya que dentro de los anexos de la demanda no se encuentra diplomas que certifiquen que lo son. El Doctor Carlos Llanos es subespecialista en cirugía de columna.

AL 2.21. DE LA DEMANDA: ES CIERTO ya que no es información reservada que cualquier IPS o empresa, celebra contratos con aseguradoras para cubrir cualquier evento que surja. Esto no es más que una garantía normativa con la que contamos para proteger las actuaciones médicas que se generen y que puedan perjudicar a la sociedad de cualquier riesgo que amenace o ponga en duda su normal funcionamiento.

AL 2.22. DE LA DEMANDA: ES CIERTO PARCIALMENTE recordando que de cualquier procedimiento quirúrgico que se realice, todo paciente debe tener cuidados post quirúrgicos que debe asumir de manera personal o en su defecto por medio de su aseguradora (dependiendo de su contrato). No puede de ninguna manera el abogado aducir de manera indirecta, que estos cuidados deben ser asumidos o son consecuencia por acción, error, omisión y/o negligencia de la CLINICA IMBANACO al haber prestado sus servicios de manera pertinente y adecuada. La medicina es de medios, mas no de resultado. Así mismo, las cirugías y atenciones no se hicieron o prestaron de manera indiscriminada o impertinente, siempre se realizaron con miras a la beneficencia y en pro del paciente respetando la lex artis y los principios éticos médicos.

AL 2.23. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL 2.24. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL 2.25. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

NO ES CIERTO que hubo mala praxis en la Clínica Imbanaco ya que todo se realizó de manera pertinente, adecuada y ajustada a lex artis.

AL 2.26. DE LA DEMANDA: NO ME CONSTA las manifestaciones de la parte actora aquí consignadas, pues son ajenas a mi representada por ser un hecho de carácter personal, por lo que la parte actora deberá demostrar con prueba plena. Consecuentemente me atengo a lo que se demuestre dentro del proceso.

AL VEINTISIETE DE LA DEMANDA: ES CIERTO según consta en acta de no acuerdo anexado.

II. EXCEPCIONES DE MERITO

La presente demanda no está llamada a prosperar dado que concurren excepciones de mérito que eliminan de plano la existencia de responsabilidad en cabeza de mi mandante, las cuales procedo a fundamentar a continuación:

- 1. APARICIÓN DE GERMENES E INFECCIONES ASOCIADAS A LOS FACTORES CONTRIBUYENTES DEL PACIENTE LO QUE AUMENTABA EL RIESGO DE INFECCIÓN EN SITIO OPERATORIO, TENIENDO EN CUENTA LA EXISTENCIA PREVIA DE FACTORES CONTRIBUYENTES PROPIOS DEL PACIENTE MAURO LORENZON QUE HACÍAN MÁS DIFÍCIL SU PRONÓSTICO Y MANEJO.**

Retomo el siguiente registro mencionado por el abogado en los hechos de la demanda:

“A las 21:53 horas del 10 de febrero de 2020, medicina interna constató en la historia clínica del paciente que:

*PACIENTE CON SIGNOS DE SEPSIS, CON HIPOVOLEMIA, HIPOTENSO, LEUCOPENIA, DESVIACION A LA IZQUIERDA. HEMATOMA DE TEJIDOS BLANDOS EN HERIDA QCA. TENIA UN UROANALISIS AMBULATORIO PATOLOGICO. SE INICIA RENAIMACION VOLUMETRICA, **ANTIBIOTICOS DE AMPLIO EXPECTRO.YA SE** (sic) **POLICULTIVO**7 (resaltado propio)”.*

Se empezó antibióticos y se solicitó policultivo porque el señor MAURO LORENZON tenía la sintomatología clínica y los síntomas para ello; la sospecha más importante es una infección y como parte del manejo que se debe realizar, guiados por literatura científica, en estos pacientes lo más importante es reanimarlos (empezar terapia) las primeras horas que son fundamentales y cultivarlo (sacar muestras) porque se debe saber qué está generando la infección. Con el resultado se ajusta el tratamiento inicial que se le da, y se continúa en observación y manejo el cual está estandarizado y fue el que se le suministró en la Clínica Imbanaco, tal como se evidencia en la historia clínica.

El día 13 de febrero de 2020, se tomaron más cultivos y se estaba pendiente, ya que estos cultivos dan unos resultados iniciales en donde se identifica el género y la especie y se necesita saber la sensibilidad a los antibióticos. En resumidas cuentas, se identifica la bacteria y luego la susceptibilidad.

El reingreso del paciente, según consta en los registros de la historia clínica, se debió a una infección en sitio operatorio, pero se debe anotar y dejar claro que la infección anterior, se debió a sus comorbilidades y otros factores que condujeron a ello tales como la demora en buscar atención médica oportuna (1 semana después del trauma), cirugía de más de 5 horas y pérdida de más de 1000 cc de sangre.

En la literatura científica el riesgo de infección de herida quirúrgica limpia en columna, existe aun tomando las recomendaciones de los antibióticos profilácticos, teniendo además en cuenta factores del paciente, de la complejidad de la cirugía y de las condiciones institucionales físicas y de recursos:

“La infección de sitio operatorio (ISO) posterior a una cirugía espinal ocurre en aproximadamente 1 a 20% de los pacientes según los estudios más representativos [1, 2, 3] resaltando la mayor incidencia en cirugías de tipo invasivo con uso de instrumental y la región anatómica de la intervención con respecto a las cirugías no invasivas, como una decompresión simple [4,5]. Donde se hace referencia al segmento torácico como el segmento espinal que más incidencia de ISO presenta, en un 72,7% de los casos [5], sin embargo, las infecciones piógenas por lo general afectan a la columna lumbar (58%) y con menor frecuencia a la región torácica (30%) y cervical (11%) [6].

Las Infecciones frecuentemente reportadas son de tipo profundo hasta en un 54,5% de los casos, siendo la mayoría reportadas como Monomicrobianas, asociadas a gérmenes Gram Positivos, de los cuales el Staphilococcus Aureus y el Streptococcus spp. son los que comúnmente se aíslan en la gran mayoría de Hemocultivos en un 67% y 24% de los casos, respectivamente [5,6].

Los factores de riesgo para infección de sitio quirúrgico han sido retomados por el Health Care Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) en la Guía para la Prevención de la Infección del Sitio Quirúrgico en la cual se incluyen tanto factores de riesgo de incidencia de las ISO (infección de sitio operatorio) como los factores que afectan las ISO. Entre los factores asociados a la causalidad de ISO se incluyen:

1. Grado de contaminación microbiana del sitio operatorio.
2. Clasificación de la cirugía. **En el caso del señor MAURO LORENZON, se tenía una cirugía compleja por trauma complejo.**

3. Inserción de implantes protésicos. ***En el caso del señor MAURO LORENZON, hubo inserción de material quirúrgico.***

4. Duración de la cirugía. **En el caso del señor MAURO LORENZON, duró el procedimiento más de 5 horas.**

5. Marcadores de la susceptibilidad del huésped, es decir, comorbilidades. **En el caso del señor MAURO LORENZON, tenía las siguientes comorbilidades: Diabetes tipo II, HTA, Dislipidemia, Obesidad, Osteoporosis, Hemocromatosis, Hipoproteinemia, Nefromegalia, Hígado graso, Insuficiencia mitral leve, Dilatación de aurícula izquierda.**

La literatura científica reporta como factores de riesgo estrechamente asociados a las Infecciones de sitio operatorio a:

1. DIABETES MELLITUS (DM) – Patología que hace al paciente susceptible de infección por estado de inmunocompromiso y por su pobre circulación microvascular.
 - Se ha reportado un riesgo de 4.1 de desarrollar infección [2].
2. HIPERTENSION ARTERIAL (HTA) – Condiciona al paciente a cambios microangiopáticos e isquemia tisular local [3].
3. OBESIDAD ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$) - Los pacientes con mayor cantidad de tejido adiposo tienen mayor riesgo de crear espacios muertos al cerrar la incisión con la consecuente aparición de ISO [2,3].
 - Por cada 1 mm de tejido celular subcutáneo (TCS), el riesgo de infección puede aumentar en un 6%.
 - La perfusión disminuida del tejido retarda el tiempo de cicatrización y aumenta el riesgo de dehiscencia.
4. ESTADO NUTRICIONAL – Siendo la hipoalbuminemia un marcador con alto riesgo de generar dehiscencia, infección de sitio operatorio e incluso infecciones del tracto urinario [2].
5. PERDIDAS SANGUINEAS – Al conllevar a un estado de inmunosupresión y subsecuente infección de la incisión [3].

6. OSTEOPOROSIS – Asociada a la disminución de Fibroblastos en el TCS, retardando así el proceso de cicatrización y generando a su vez fallas en la instrumentación ^[2]
7. HIPERLIPIDEMIA – Es un estado que afecta la perfusión de oxígeno a los tejidos y vasos sanguíneos, con las subsecuentes complicaciones ya mencionadas.

Como se puede evidenciar a través de la historia clínica del señor MAURO LORENZON, éste era **hipertenso, diabético y obeso** (la grasa es una de las causas más importantes para inflamación) y además ingresó muchos días después del trauma, una cirugía de más de 5 horas con pérdida de más de 1000 cc de sangre, lo que aumentaba de manera significativa una infección.

De hecho, en el numeral 18 del dictamen pericial aportado por la parte demandante, el perito en esta respuesta nos confirma que todo material de osteosíntesis o artrodesis, tiene el mismo riesgo de infectarse (aclaramos que se infecta es la herida) y que puede aumentar con la comorbilidad del paciente.

El señor MAURO LORENZON presentaba varias comorbilidades muy relevantes, de las cuales algunas se mencionaron previamente que hacían más difícil su pronóstico y resolución:

1. Diabetes tipo II, HTA
2. Dislipidemia²
3. Obesidad
4. Osteoporosis
5. Hemocromatosis³

² Concentración elevada de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) o una concentración baja de colesterol rico en lipoproteínas (HDL).

³ Enfermedad que hace que el cuerpo absorba demasiado hierro de los alimentos que se comen

6. Hipoproteinemia⁴
7. Nefromegalia⁵
8. Hígado graso
9. Insuficiencia mitral leve
10. Dilatación de aurícula izquierda.

Todo material de artrodesis o de osteosíntesis (su herida) tiene el mismo riesgo de infectarse, riesgo éste que se aumenta con las comorbilidades que tenga el paciente y que debe ser en todo momento mitigado por el cirujano. Hay que aclarar al Despacho que las infecciones no se eliminan si no que, al contrario, se tratan de disminuir.

Como se puede evidenciar en la nota quirúrgica, se evidencia que el riesgo se mitigó.

En la Clínica Imbanaco contamos con el informe CIVE con 2 sistemas de vigilancia en donde se vigilan los pacientes para observar si se infectan o no. El que se infecte o no un paciente, significa que cumple con los criterios de diagnóstico para una infección intrahospitalaria. Dentro de los análisis se evalúan si se cumplieron o no los controles y de acuerdo a eso, se establece si hay condiciones de mejora (por falencias) o no. Se adjuntan informes de los meses enero y febrero.

En el informe se encuentran las estadísticas de metas en infección del área; en neurocirugía y ortopedia, se cumplieron las metas para el mes de enero y febrero. Igualmente cabe resaltar que dentro de la vigilancia activa prospectiva del Comité de Infecciones de la Clínica Imbanaco, por el porcentaje, no fueron necesarias mejoras:

⁴ Consecuencia de la pérdida de proteínas hacia la luz del tubo digestivo, principalmente debido a las alteraciones de la permeabilidad en la mucosa intestinal, denominándose entonces como enteropatías perdedoras de proteínas.

⁵ Aumento del tamaño del riñón, nefromegalia o renomegalia, puede atribuirse a múltiples causas infecciosas y no infecciosas.

Enero 2020:

INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO

Para el mes de enero se vigilaron más de 1700 procedimientos quirúrgicos con apoyo del programa de seguimiento postquirúrgico de la organización. La proporción de infección del sitio operatorio de acuerdo con metas durante enero 2020 se comportó así: la % ISO institucional en promedio se ubicó en 0,28% (la meta es <1%) y la % de ISO limpia en 0,11% (la meta es <1%). Respecto a metas por especialidad, se observa que todas cumplieron excepto cirugía plástica y cardiovascular para ISO global y en herida limpia y cirugía tumores en ISO global. La proporción de ISO de acuerdo al índice de riesgo NNIS "0" en la organización fue 0,0% y todas las especialidades cumplieron la meta (Tabla 4). La adherencia a la profilaxis antibiótica fue de 97%.

PROPORCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS POR TIPO DE HERIDA (todas las cirugías vigiladas)	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
Limpia	1,8	8,9	5,1	8,5	7,7	4,3	19,1	3,5	7,8	29,5	2,0	1,8
Limpia contaminada	0,1	3,4	5,5	1,7	2,4	23,6	36,3	0,3	1,1	3,9	11,8	9,9
Contaminada	0,0	30,3	6,6	0,0	13,2	1,3	7,9	0,0	0,0	40,8	0,0	0,0
Sucia	0,0	41,9	9,7	3,2	12,9	0,0	6,5	3,2	9,7	12,9	0,0	0,0
PROMEDIO DE TIEMPO QUIRÚRGICO (en minutos)	209	60	105	24	130	43	71	82	29	77	92	48
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO POR ESPECIALIDAD (todas las cirugías vigiladas)	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
% de cirugías ESCALA NNIS 0	0,0	62,0	64,2	91,2	45,1	94,0	83,6	51,4	92,7	71,1	73,6	87,8
% de cirugías ESCALA NNIS 1	29,4	24,6	26,3	7,7	54,9	4,2	13,5	40,0	7,3	25,9	26,4	11,1
% de cirugías ESCALA NNIS 2	70,6	10,6	7,4	1,1	0,0	1,9	2,9	8,6	0,0	2,7	0,0	1,1
% de cirugías ESCALA NNIS 3	0,0	2,8	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
CASOS DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
INCISIONAL SUPERFICIAL	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCISIONAL PROFUNDA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
ORGANO Y ESPACIO	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
METAS EN INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO POR ESPECIALIDAD	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
PORCENTAJE DE ISO CON ÍNDICE DE RIESGO "0"	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
META INSTITUCIONAL <1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PORCENTAJE DE ISO EN HERIDA LIMPIA	6,3	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
META INSTITUCIONAL <1%	6,3	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PORCENTAJE DE ISO GLOBAL POR ESPECIALIDAD	5,9	0,0	1,1	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
META INSTITUCIONAL <1%	5,9	0,0	1,1	0,0	1,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0

Tabla 4. Comportamiento de las cirugías y la infección del sitio operatorio. CMI, enero 2020.

Febrero 2020:

INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO

Para el mes de febrero se vigilaron más de 1800 procedimientos quirúrgicos con apoyo del programa de seguimiento postquirúrgico de la organización. La proporción de infección del sitio operatorio de acuerdo con metas durante febrero 2020 se comportó así: la % ISO institucional en promedio se ubicó en 0,16% (la meta es <1%) y la % de ISO limpia en 0,11% (la meta es <1%). Respecto a metas por especialidad, se observa que todas cumplieron excepto tumores para ISO global y en herida limpia. La proporción de ISO de acuerdo con el índice de riesgo NNIS "0" en la organización fue 0,0% y todas las especialidades cumplieron la meta (Tabla 4).

PROPORCIÓN DE HERIDAS QUIRÚRGICAS POR TIPO DE HERIDA (todas las cirugías vigiladas)	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
	23	202	75	62	127	198	495	36	100	322	84	127
Limpia	2,4	13,7	4,3	4,7	8,0	4,9	17,2	3,0	10,0	27,5	1,8	2,4
Limpia contaminada	0,0	5,7	2,3	2,0	3,8	18,8	40,9	0,5	0,4	4,0	8,2	13,3
Contaminada	0,0	20,7	14,1	0,0	19,6	5,4	10,9	3,3	0,0	20,7	3,3	2,2
Sucia	0,0	31,6	10,5	5,3	10,5	5,3	15,8	0,0	0,0	21,1	0,0	0,0
PROMEDIO DE TIEMPO QUIRÚRGICO (en minutos)	134	70	124	29	106	44	62	133	30	74	60	56
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO QUIRÚRGICO POR ESPECIALIDAD (todas las cirugías vigiladas)	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
	23	202	75	62	127	198	495	36	100	322	84	127
% de cirugías ESCALA NNIS 0	8,7	64,4	57,3	93,5	54,3	94,4	87,3	30,6	95,0	70,2	82,1	83,5
% de cirugías ESCALA NNIS 1	39,1	30,7	16,0	4,8	40,9	5,1	10,3	44,4	5,0	25,5	17,9	13,4
% de cirugías ESCALA NNIS 2	52,2	5,0	25,3	1,6	3,9	0,5	2,2	19,4	0,0	4,0	0,0	3,1
% de cirugías ESCALA NNIS 3	0,0	0,0	1,3	0,0	0,8	0,0	0,2	5,6	0,0	0,3	0,0	0,0
CASOS DE INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
	23	202	75	62	127	198	495	36	100	322	84	127
INCISIONAL SUPERFICIAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INCISIONAL PROFUNDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ORGANO Y ESPACIO	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
METAS EN INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO POR ESPECIALIDAD	Cardiovascular	Cx general	Cx tumores	Cx pediátrica	Cx plástica	Cx ginecológica	Cx mínimamente invasiva	Neurocirugía	Oftalmología	Ortopedia	ORL	Urología
	23	202	75	62	127	198	495	36	100	322	84	127
PORCENTAJE DE ISO CON ÍNDICE DE RIESGO "0" META INSTITUCIONAL <1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PORCENTAJE DE ISO EN HERIDA LIMPIA META INSTITUCIONAL <1%	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
PORCENTAJE DE ISO GLOBAL POR ESPECIALIDAD META INSTITUCIONAL <1%	0,0	0,5	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0

Tabla 4. Comportamiento de las cirugías y la infección del sitio operatorio. CMI, febrero 2020.

Los porcentajes de riesgo están en 0, demostrando este indicador que se cumplió con la meta global de prevención de infección de sitio operatorio (excepto los de cirugía de tumores que no son objeto de controversia en este caso concreto). Se hace un seguimiento con una cobertura que supera el 80% de todos los procedimientos de la clínica y nos damos cuenta cuáles son los que se infectan y, se evalúa si se infectaron por desvío a los protocolos o si se cumplieron con ellos y con todos los indicadores.

La Clínica Imbanaco cumplió y mitigó el riesgo de infecciones, así como que controló los riesgos, teniendo en cuenta que contamos con un Programa de Prevención y Control de Infecciones y Procedimiento Correcto, los cuales se adjuntan para ser tenidos en cuenta como elemento probatorio en el presente proceso. Estos serán explicados a fondo por el Doctor Christian Pallares, Coordinador médico Comité de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica CIVE de la Clínica Imbanaco en su testimonio.

Este caso concreto del señor MAURO LORENZON, es un típico ejemplo clínico de una infección que **NO ES PREVENIBLE** porque el paciente tenía múltiples comorbilidades: Trauma complejo, acude a atención médica a la Clínica Imbanaco 1 semana después para ser intervenido en una cirugía que dura más de 5 horas con un médico neurocirujano especialista en columna y en donde se pierde más de 1000 cc de sangre, con Diabetes tipo II, HTA, Dislipidemia, Obesidad, Osteoporosis, Hemocromatosis, Hipoproteinemia, Nefromegalia, Hígado graso, Insuficiencia mitral leve, Dilatación de aurícula izquierda.

Si ponemos el ejemplo de un paciente sin ninguna de las comorbilidades y situaciones diferentes a la del paciente, podríamos entrar a analizar posibles fallas u omisiones, pero no es lo ocurrido con este caso.

Queremos dejar claro que las heridas en columna y, como la que tenía el señor MAURO LORENZON, son difíciles de manejar junto con las comorbilidades que incrementaban el riesgo de infectarse.

Así mismo, clarificar al Despacho que las comorbilidades aumentan el riesgo de infección, seromas (trasudados), hematomas, falta de cicatrización, fallas de instrumentación y otras patologías sistémicas.

La infección y reacción inflamatoria en el paciente MAURO LORENZON teniendo en cuenta sus comorbilidades, el tiempo que dejó transcurrir para tener atención médica (1 semana después del trauma), el tiempo de cirugía (+ 5 horas) y pérdida de +1000 c.c. de sangres, es esperable y normal.

La infección es un proceso inflamatorio inducido por microorganismos que genera cambios en los tejidos de la herida y/o distalmente al sitio. A medida que mejora infección, la inflamación va cediendo.

El señor MAURO LORENZON se **complica por las características del paciente**; es una infección de sitio operatorio, pero no era prevenible por sus múltiples comorbilidades

(paciente obeso, con índice de masa corporal de 33, diabético no controlado, hipertenso), ingresó a la clínica 1 semana después del trauma, fue una cirugía de más de 5 horas y tuvo una pérdida de más de 1000 cc de sangre.

De hecho, los peritos confirman en su numeral 9 que la técnica utilizada era la indicada, así como da la razón a mi mandante en los numerales 11, 16, 19, 21. El numeral 12 confirma que la infección fue la causa de las múltiples cirugías, no específicamente la realizada el 23 de enero de 2020; los peritos no confirman la aseveración del abogado y tampoco el abogado les preguntó en su dictamen lo anterior. Estos numerales se explicarán en las excepciones.

La infección de la herida quirúrgica es uno de los riesgos inherentes de las cirugías de columna y más, en las de alta complejidad, como la de éste caso. Sucede en pacientes con o sin instrumentación y, por ser las instrumentaciones usualmente cirugías más largas, estas conllevan a más riesgos.

En este caso, en la cirugía realizada al señor MAURO LORENZON participaron 2 especialistas adicionales, de más de 25 años de experiencia y ejercicio realizando cirugías de alta complejidad en niños y adultos por tumores, infecciones, trauma, degenerativos y malformaciones congénitas:

- La Neuro-anestesióloga, Doctora María Ximena Paz Escobar, tiene amplia experiencia en este tipo de casos y el médico Fisiatra
- Doctor Javier Estévez para la monitoria que intervino, tiene altos estándares y experiencia.

Se anexa a esta contestación, presentación realizada por el Doctor Carlos Llanos en el Congreso Internacional de la experiencia del Cirujano en la realización de este tipo de procedimientos.

De igual manera se anexa artículo realizado por el Doctor Carlos Llanos sobre la descripción de la técnica quirúrgica de las correptomías toracolumbares (cirugía realizada al señor MAURO LORENZON).

A pesar de haber presentado una infección de la herida quirúrgica, que hay que tener en cuenta que inicia su atención hospitalaria en hospital de Tuluá antes de llegar a la Clínica Imbanaco, en nuestras instalaciones nunca tuvo complicaciones de tipo neurológico como abscesos, empiemas, infecciones del disco o de las vértebras, ni tipo

meningitis, ni fistulas de líquido cefalorraquídeo porque siempre se actuó de manera pertinente, sin omisiones, sin negligencia y con idoneidad y experticia.

Considerando todo lo informado y argumentado, se puede establecer sin lugar a duda, que la Clínica Imbanaco garantizó la adecuada prestación de los servicios al señor MAURO LORENZON durante su estancia según su tratamiento, cumpliendo con sus funciones y obligaciones teniendo en cuenta el motivo de ingreso y la evolución con la que cursaba pues ingresó una semana después de haber sufrido el trauma.

Es de anotar que los cultivos se deben realizar en aquellos casos en donde existe sospecha de infección y también en aquellos casos en que se requieran tomar medidas de aislamiento para la prevención de las infecciones. Los cultivos se deben analizar en un contexto clínico de cada paciente y su interpretación es individualizada de acuerdo con la situación particular del mismo y al sitio de toma de la muestra, lo cual implica reconocer otro concepto de colonización de las heridas y tejidos por bacterias diferentes que no siempre ocasionan infección.

Dada la evolución clínica y el tiempo quirúrgico, se debe informar que el paciente tenía varios factores contribuyentes para la aparición de los gérmenes multiresistentes que facilitaron no solo su aparición sino también su infección. Estos factores contribuyentes dada la condición clínica del señor MAURO LORENZON, no eran modificables teniendo en cuenta estos riesgos con los que ya contaba.

Recordemos que es un paciente con trauma complejo que ingresa 1 semana después de la ocurrencia, con un tiempo quirúrgico de más de 5 horas y pérdida de más de 1000cc de sangre, que, a pesar de los cumplimientos de las medidas de higiene y desinfección, presenta signos de infección en su hospitalización.

La Clínica Imbanaco cuenta con guías clínicas, un Comité y programa de uso regulado de antibióticos e infecciones. Se adjunta Informe del Comité de Control de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica, la cual tiene como función el análisis e interpretación de la información epidemiológica y difusión de sus resultados. Este Comité se realiza cada mes en la Clínica Imbanaco.

Se debe tener claro que estas infecciones son de difícil tratamiento, dado que ofrece una resistencia natural a la penetración de los antibióticos al sitio de infección, por ende, estas infecciones requieren terapia prolongada existiendo un alto riesgo de recaídas. Así se registró en varios apartes historia clínica en donde se evidencia persistencia de la infección requiriendo continuar esquema de antibióticos adecuados y pertinentes durante su hospitalización.

Las infecciones en general, independiente de cualquier bacteria que la ocasione, son complejas y de difícil tratamiento, además requieren antibióticos por largo tiempo. El tiempo prolongado de administración de los antibióticos favorecen la aparición de efectos adversos a la terapia antibiótica, en razón a la mayor exposición.

LA APARICION DE GERMENES E INFECCIONES NOSOCOMIALES POSTERIORES, SE ASOCIAN EN MAYOR MEDIDA A LOS FACTORES CONTRIBUYENTES DE CADA PACIENTE. EL PACIENTE COMO SE HA VENIDO REITERANDO Y COMPROBANDO, TENIA UNAS COMORBILIDADES QUE ERAN FACTORES CONTRIBUYENTES AL INCREMENTO DE LA INFECCION QUE CONTRAJO, QUE POCO A POCO FUE SELECCIONANDO MICROORGANISMOS RESISTENTES COMO ES DE ESPERARSE EN ESTE TIPO DE CASOS, RIESGO DE INFECCIÓN QUE EXISTE AUN TOMANDO LAS RECOMENDACIONES DE LOS ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS.

La parte demandante **NO DEMOSTRÓ NI APORTÓ PRUEBA ALGUNA** que comprobara que la infección se dio y se causó en la cirugía del día 23 de enero de 2020, por lo que son meras afirmaciones.

Solicito respetuosamente al Señor Juez, declarar probada la presente excepción, ya que el elemento de nexo causal desde ningún punto de vista se acredita en este caso, razón por la cual no es dable declarar a mi mandante, civilmente responsable de unos daños que no se han causado.

2. EL RIESGO PREVISTO Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En medicina, los riesgos son todos los efectos adversos que se le pueden generar al paciente durante una intervención médica, o por no someterse a ella, los cuales se le deben informar previamente al paciente, para que éste o su responsable, pueda tomar la decisión de someterse o no a la intervención.

El que se verifique un riesgo previsto no implica de manera necesaria culpa médica. El riesgo está latente en todo acto quirúrgico y por ello el cirujano busca, en forma permanente, la perfección al ejecutarlo.

En la mala praxis juegan un papel fundamental la negligencia, el descuido, la omisión o la falta de esfuerzo y formalidad necesaria para llevar a cabo el tratamiento o procedimiento, situaciones que no ocurrieron en este caso concreto.

El análisis de las pruebas en el presente proceso debe permitir concluir que el obrar de los médicos no puede considerarse culposos en sentido jurídico, considerando la existencia de una importante estadística que indica que tales eventos son susceptibles de suceder, por lo cual no puede ser calificado como constitutivo de culpa.

Debemos traer a colación una sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-2017 Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01** Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017), que hace referencia y reitera que la ciencia médica no es exacta y que los riesgos inherentes a los procedimientos quirúrgicos no conllevan a culpa del médico:

*“Frecuentemente el médico se encuentra con los riesgos inherentes al acto médico, sea de ejecución o de planeamiento, los cuales son inseparables de la actividad médica, por cuanto **no puede predicarse que la medicina sea una ciencia exacta y acabada, sino en constante dinámica y evolución.** Al respecto, la literatura sobre responsabilidad médica, como la reiterada jurisprudencia de esta Sala, es pacífica en sostener y reconoce que **la Medicina es una ciencia en construcción, y por tanto, aparece la existencia de ciertos riesgos inherentes a la realización de ciertos procedimientos médicos, los cuales hacen que el daño derivado del acto médico no configure ninguna modalidad de culpa.** La expresión riesgo inherente, se compone de dos términos: de riesgo, el cual, según la RAE, es “contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse”¹⁸; e inherente entendido como aquello: “Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello”¹⁹.*

Por lo tanto, debe juzgarse dentro del marco de la responsabilidad médica que riesgos inherentes son las complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligados con éste, sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la lex artis.

De tal manera, probable es, que el médico en la ejecución de su labor lesione o afecte al paciente; no obstante, no puede creerse que al desarrollar su actividad curativa y al acaecer menoscabos lesivos, pretenda ejecutar un daño al enfermo o, incursione por ejemplo, en las lesiones personales al

tener que lacerar, alterar, modificar los tejidos, la composición o las estructuras del cuerpo humano. De ningún modo, el delito o el daño a la humanidad del doliente es la excepción; no es regla general, por cuanto la profesión galénica por esencia, es una actividad ligada con el principio de beneficencia, según el cual, es deber del médico, contribuir al bienestar y mejoría de su paciente.” (Negrilla fuera de texto).

La cirugía realizada al señor MAURO LORENZON era de alta complejidad y sus riesgos eran: Infección, hematomas en la zona de cirugía, compromiso neurológico (motor, sensitivo, esfínteres), trastorno definitivo medular o radicular, malposición de los tornillos, fistula de líquido cefalorraquídeo, aracnoiditis, dolor axial, lesión vascular o intestinal, daño del segmento adyacente, inestabilidad, los de la zona de trabajo en la región torácica como hemo-neumotórax o hematoma peritoneal en abdomen.

Es de advertir que el riesgo sufrido en el paciente fue informado antes de la realización de la cirugía realizada el día 23 de enero de 2020 y registrado en el consentimiento informado por parte del Doctor Carlos Llanos y que hace parte del documento de la Clínica Imbanaco. Esto deja en evidencia que dicho riesgo y complicación era factible que acaeciera, con conocimiento y aquiescencia de la paciente.

La infección se registró en el punto 15 del consentimiento de manera legible y además **se debe hacer alusión a los numerales 9,10,11,12 que mostraran así:**

15. Se advierten de forma general y específica los siguientes riesgos y complicaciones frecuentes no excluyentes de otros imprevisibles de forma concreta:

INFECCIÓN, SANGRADO, COMPROMISO NEUROLÓGICO (MOTOR, SENSITIVO, ESFÍNTERES), TRASTORNO DEFINITIVO MEDULAR O RADICULAR, RIESGO DE MALPOSICIÓN DE TORNILLOS, FISTULA DE LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO, ARACNOIDITIS, DOLOR AXIAL, LESIÓN VASCULAR O INTESTINAL, DAÑO DEL SEGMENTO ADYACENTE, INESTABILIDAD.

***LOS RELACIONADOS CON TODOS AQUELLOS PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO PRINCIPAL.**

9. Que se pueden presentar efectos indeseables a pesar de la practica adecuada que pueden estar relacionados con las condiciones individuales de cada paciente como por ejemplo, diabetes, hipertensión, obesidad:

9. Se me ha informado que, a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica o procedimental que el caso requiera y que no obstante su práctica adecuada, pueden llegar a presentarse efectos indeseables, tanto en el campo propio de la intervención programada, como en relación con aquellos que podrían afectar otros órganos o sistemas no comprometidos directamente por el objetivo o propósito de la cirugía o los procedimientos cuya práctica se ha consentido, sino que pueden estar relacionados con las condiciones vitales individuales del paciente, tal como puede suceder, por vía de ejemplo, en casos de pacientes afectados por diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, obesidad, anemia y otros factores no identificados con los resultados de los exámenes previos a la intervención programada o desconocidos por el paciente o no divulgados por éste a su médico tratante.

10: Se explica que usualmente hay un sangrado normal, pero en ocasiones hay sangrado anormal que conlleva a otras manifestaciones y efectos imprevisibles.

10. Se me ha informado y explicado igualmente que: Durante la intervención se espera un sangrado normal en el área quirúrgica pero hay casos en los cuales se puede presentar sangrado abundante que puede llegar a ser anormal con múltiples manifestaciones y efectos imprevisibles.

11: En algunos casos las condiciones del paciente convierten a los tejidos en un factor de riesgo haciéndolos friables y pudiendo comprometer la seguridad de las suturas. Esto puede llevar a que haya procesos infecciosos de la flora endógena del paciente o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

11. En algunos casos los tejidos del área intervenida presentan características débiles que los hacen friables lo cual puede llegar a comprometer la seguridad de las suturas. Pueden llegar a manifestarse procesos infecciosos endógenos, es decir originados en el propio organismo del paciente, o exógenos generados por microorganismos presentes en el ambiente de cualquier medio hospitalario en el mundo, a pesar de las medidas rutinarias de higienización, asepsia y antisepsia.

12: Durante el postoperatorio inmediato o mediano pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones para el funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de la cicatrización de las heridas quirúrgicas dependiendo del organismo de cada individuo.

12. Durante el postoperatorio inmediato o mediano pueden presentarse manifestaciones de dolor en el área intervenida o en zonas circunvecinas previas a la recuperación estimada para el caso por el médico tratante y/o afectaciones del funcionamiento normal del órgano, órganos o estructuras anatómicas comprometidas con la intervención. Pueden formarse hematomas en las áreas intervenidas o presentarse manifestaciones inesperadas de cicatrización de las heridas quirúrgicas, dependiendo del organismo de cada individuo.

(Se documentan los antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, osteoporosis, obesidad, hipoproteinemia y dislipidemia. El antecedente de Hemocromatosis Familiar es documentado por hematología, el cuál aumenta el riesgo de sangrados con prueba de mutación positiva, Dra. Paola Andrea Guerrero Burbano).

Los riesgos y complicaciones según lo informado por el Doctor Llanos, se le informaron al paciente y a su esposa. En cada cirugía se llenó el consentimiento y se registraron los

riesgos, situación que NO compromete la responsabilidad de la CLINICA IMBANACO S.A.S. como Institución Prestadora del Servicio de Salud ya que existe y es claro el proceso de información verbal que se realiza por parte del médico a su paciente en donde se da un espacio de explicaciones y de escucha para que pueda tener total libertad y autonomía para aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento sugerido.

La Ley 23 de 1981 y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, se refieren a la obligación de informar, de cuya interpretación se desprende la existencia del consentimiento informado, consagrando el principio constitucional de autonomía que ampara al paciente y a la obligación de informar que tiene el médico, es decir, el consentimiento es un derecho del paciente y proporcionar la información es un deber del médico.

La jurisprudencia y la doctrina se han referido a ello, recordando el deber del profesional de brindar información al paciente, la cual debe ser clara y precisa, para que el paciente una vez cuente con el conocimiento adecuado, tome la decisión de someterse o no a determinado tratamiento; basando sus tesis en los principios de autonomía y de beneficencia. Ese consentimiento informado, deberá contener los riesgos a los que se somete el paciente con la intervención médica, y en virtud de su voluntad jurídica decida positiva o negativamente el someterse a determinada intervención; estos riesgos que tienen que ser informados por el médico, son los riesgos previstos y en el consentimiento informado se le debe informar al paciente por lo menos los de común ocurrencia, por ser estos científicamente previsibles y tener un alto índice de llegarse a concretar durante la intervención, esta información debe adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente, mas no debe ser la síntesis de un tratado de patología.

La Ley 23 de 1981, al referirse a las relaciones médico – paciente, en los artículos 15 y 16, advirtió la necesidad del consentimiento, para realizar los diferentes tratamientos medico quirúrgicos que se requieran, así:

“Artículo 15. - El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que pueden afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.

Artículo 16: la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados.”

Como complemento de estas normas, el Decreto 3380 de 1981, dispone:

“Artículo 10: el médico cumple la advertencia del riesgo previsto, a que se refiere el inciso 2 del artículo 16 de la Ley 23 de 1981, con el aviso que en forma prudente haga a sus familiares y allegados, con respecto a los efectos adversos que, en su concepto, dentro del campo de la práctica médica, pueden llegar a producirse como consecuencia del tratamiento o procedimiento médico.

Artículo 12: el médico deja constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla”.

Entre tanto, la Resolución 2003 de 2014, definió el consentimiento informado como:

“...la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente”.

El señor MAURO LORENZON se encontraba informado de lo anterior, recordando que quien firma un documento, avala que está de acuerdo con el mismo y su contenido. Igualmente, el riesgo dentro de los listados era el de infección, riesgo que se encuentra registrado de primero en el numeral 15.

El eje central de la presente demanda se reduce a asegurar que la infección contraída por el señor MAURO LORENZON se dio en la cirugía del día 23 de enero de 2022 realizado por el Doctor Carlos Llanos, neurocirujano especialista en cirugía de columna, mas no comprueba ni prueba de alguna manera, que así fue.

Se debe analizar y debatir si este riesgo es un riesgo inherente al procedimiento aplicado, que pudo haber sido aumentado por las comorbilidades del paciente sin llegar a determinar que fue una infección nosocomial, o si es suficiente para concluir la ausencia de una atención médica adecuada, diligente y cuidadosa.

Desde el juramento hipocrático, los médicos deben orientar la práctica médica en función de los principios de beneficencia y de no maleficiencia o *primun non nocere* del paciente. El primero, dirigido a ayudar de manera positiva a su bienestar; y el segundo, a evitar que su daño físico o síquico se incremente.

En la demanda instaurada no se probó la culpa del médico pues la ocurrencia de un riesgo en una cirugía por sí sola no acredita mala práctica ni culpa.

En el punto, resulta cuestionable que haya lugar a responsabilidad civil derivada del acto médico, cuando se materializa un riesgo que es propio, natural o inherente al procedimiento ofrecido. En estos casos, el daño causado no tiene el carácter de indemnizable, al no estar precedido de un comportamiento culposos, más aun teniendo en cuenta la literatura científica sobre el tema.

Por último, se actuó con diligencia en todos los Servicios de la Clínica Imbanaco porque el paciente recibió desde su ingreso todos los tratamientos tecnológicos, farmacológicos, de personal (especialidades) y de infraestructura, desde el mismo momento del ingreso de forma pertinente, oportuna y continua.

Se ajustó la actuación médica a los protocolos y lex artis porque se realizó evaluación detallada clínica teniendo en cuenta la infección con la cual cursaba el paciente al recibir atención por parte del Doctor Carlos Llanos y su atención en la Clínica Imbanaco y según esto, se procedió con procedimientos quirúrgicos pertinentes, hospitalización, seguimiento por parte de las especialidades, infectología al igual que una debida vigilancia, dándose de esta manera, un manejo adecuado.

Al paciente, después de ser monitoreado y vigilado en su hospitalización y controladas las infecciones de manera pertinente y teniendo en cuenta los factores contribuyentes inherentes al paciente, se le dio egreso por mejoría en su condición clínica y buena evolución.

3. CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE SEGURIDAD POR PARTE DE LA CLINICA IMBANACO PARA DISMINUIR EL RIESGO DE INFECCION

Hay un protocolo de vigilancia por parte del Instituto Nacional de Salud (INS) para las infecciones, el cual hacer parte de la Clínica Imbanaco como política, así como la cirugía segura. Contamos con controles para evitar complicaciones. La política de seguridad segura es una de las metas internacionales de seguridad del paciente y contamos con varias herramientas que funcionan como controles para evitar complicaciones como una complicación de tipo infeccioso, la lista de chequeo de cirugía segura por ejemplo; estos son pasos que se deben realizar antes, durante y después de realizar cualquier procedimiento quirúrgico, profilaxis antibiótica (tiene como objetivo prevenir las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) y consiste en la administración de antibióticos profilácticos para cubrir los gérmenes que más frecuentemente causan infecciones en los distintos tipos de cirugía) que en este paciente se cumplió, la antisepsia o la preparación de la piel también se cumplió, las medidas posoperatorias y recomendaciones que también se cumplieron. Es decir, mi mandante como IPS, en

términos de seguridad, cumplió todos los controles y se le dio toda la información y recomendaciones al señor MAURO LORENZON.

Los peritos de la parte demandante en su dictamen corroboran que todo se hizo adecuadamente, con numerosas respuestas afirmativas a las preguntas respecto a lo adecuadamente realizado y su manejo acertado y correcto.

Es claro que el paciente tuvo una infección de sitio operatorio porque cumple con los criterios del INS pero, el tema es que sea una complicación o infección prevenible porque las infecciones de sitio operatorio no son 100% prevenibles de las oportunidades dadas; se puede prevenir hasta en un 60%, no más allá, ya que un porcentaje de 100 no es posible de ninguna manera. Por lo tanto, es una complicación esperable pero no por una infección nosocomial como lo afirma el abogado de la parte demandante, si no por las comorbilidades del paciente y por la complejidad de la fractura, ya que acudió a la Clínica Imbanaco 1 semana después del trauma, durando la cirugía más de 5 horas, con pérdida de más de 1000 cc de sangre; esto se debió a que fue difícil hacerle la instrumentación en la columna. Esto sin dejar atrás que quien le realizó el procedimiento, fue un especialista en columna, medico neurocirujano idóneo, experto y capacitado con entrenamiento en columna. Si lo hubiera operado un neurocirujano sin especialidad en columna, seguramente se hubiera demorado más tiempo en la sala de operaciones.

De igual manera, desconocemos si el paciente al egreso se cuidó adecuadamente con las recomendaciones dadas por el medico ya que re ingresó 3 semanas después (18 días después) en malas condiciones. Por ello, nos cabe preguntar:

¿Se cuidó la herida que era compleja por la cirugía que tuvo?

¿Siguió las recomendaciones médicas?

¿Qué cuidados tuvo por fuera de la IPS?

¿Se hizo adecuadamente la antisepsia de la piel? (Tocaron la herida, la manipularon debidamente etc.)

4. EL ACTO MEDICO SE CUMPLIÓ CABALMENTE CONFORME A LA LEX ARTIS Y LA DISCRECIONALIDAD CIENTIFICA

Dentro del ejercicio de la actividad médica, la ley y los protocolos médico-científicos exigen del médico el cumplimiento de la lex artis, consistente en el conjunto de reglas, lineamientos, guías y recomendaciones que se encuentran en la doctrina médica

universalmente aceptada y que obedece a cada tipo de especialidad médica, esta *lex artis* es de obligatorio cumplimiento y debe ser considerada para determinar si el comportamiento del profesional de la medicina es adecuado o no, de acuerdo a las exigencias del caso específico y durante el tratamiento médico. Lo anterior significa que la intervención médica, además de tener como objeto la curación del paciente, debe ejecutarse conforme a las reglas médicas; el jurista y tratadista (Lombana Villalba, 2007) aborda el concepto de la *lex artis* así: *“La lex artis se encuentra en la literatura médica, la cual describe lo que ha de ser la técnica a seguir en cada una de esas hipótesis, teniendo en cuenta la idiosincrasia y particularidades del respectivo paciente”*.

La *Lex Artis* se emplea para referirse a un cierto sentido de apreciación sobre si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta o se ajusta o no a lo que debe hacerse; en definitiva, si corresponde con la actuación de un buen profesional, un buen técnico o un buen artesano. Es decir, se intenta calificar si la actuación del profesional se ajusta al concepto de excelencia en el momento en que se juzga dicha actuación. La *Lex Artis* se aplica para la medición de la obra o el resultado obtenido por un profesional. *“...Es el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación a actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado”*⁶.

Según la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación (SCARE), la *Lex Artis* en el ejercicio de la medicina consiste en un estricto acatamiento de las disposiciones técnicas y científicas de la ciencia médica, siendo ésta la que nos permite averiguar si en determinada actuación un médico incurrió en una mala práctica, es decir, en una falta que lo haga incurrir en responsabilidad.

En este caso concreto, el Doctor Carlos Llanos desplegó su actuación médica ajustada a la *lex artis* al realizar el procedimiento adecuado y pertinente al paciente, cumpliendo con el objetivo, y, que a pesar de que el médico ejecutó su acto médico según la *lex artis*, no debemos dejar de lado que cualquier riesgo está latente en todo acto quirúrgico y por ello el cirujano busca, en forma permanente, la perfección al ejecutarlo.

Traemos a colación la sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-2017 Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01** Aprobado en Sala de veinticuatro de

⁶ Morales, MC. Alegato de Conclusiones. Proceso de Demanda Médica. Juzgado V Civil del Circuito de Santafé de Bogotá. 1993.

agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017) en donde menciona el estudio de la lex artis:

“Al mismo tiempo la profesión se liga profundamente con una obligación ética y jurídica de abstenerse de causarle daño, como desarrollo del juramento hipocrático, fundamento de la lex artis, que impone actuar con la diligencia debida para luchar por el bienestar del paciente y de la humanidad, evitando el dolor y el sufrimiento. Ello no significa soslayar los errores. Estos pueden ser excusables e inexcusables. En el ámbito de estos últimos, se hallan los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, y por tanto injustificados, motivo por el cual resultan abiertamente inexcusables y consecuencialmente, reparables “in natura” o por “equivalente”, pero integralmente. Todos los otros resultan excusables.

*En estas lides, cuando ha existido lesión, y simultáneamente se demuestra negligencia en el facultativo, debe hallarse un baremo o límite, el cual se halla en la normalidad que demanda la Lex Artis, a fin de disponer cuando fuere del caso lo consecuente con el extremo pasivo, y determinar el momento en que se incursiona definitivamente en el daño antijurídico. El criterio de normalidad está ínsito en la lex artis, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. **En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico. Aquí nos adentramos en el campo del criterio del riesgo general de la vida o del riesgo permitido. No deben ser imputados al demandado aquellos daños que sean materialización de los riesgos normales o permitidos en la vida en sociedad. Así por ejemplo, el ¿ingreso de una persona en el hospital para curarse de una agresión, sin embargo, cuando sale le cae una teja, implica una relación causal entre la agresión y la teja? ¿Si no hubiera sido agredido, la teja no le hubiera caído? ¿En este evento, existe una materialización del riesgo normal o general? En consecuencia, los errores cobijados por el marco de excusabilidad, se relacionan con los que ocurren a pesar de la idoneidad y de la experiencia médica, punto en el cual, es bueno señalar que los médicos, están guiados, en general, por un régimen de obligaciones de medios (salvo algunas excepciones), no son infalibles, porque muy a pesar suyo y del cuidado, es probable, el paciente resulte lesionado.”** (Negrilla fuera de texto).*

La ciencia médica hace parte del progreso moderno y si se ejerce dentro de la lex artis, como sucedió en este caso concreto, no cabe formular un juicio de reproche, así no se

produzca el resultado esperado. En ningún momento el Doctor Carlos Llanos realizó una acción por fuera de lo normal o contraria a la *lex artis* y la parte demandante no lo argumentó ni probó. Por el contrario, sus propios peritos confirmaron que todo se realizó de manera adecuada y correcta.

*“Sobre el particular, ROXIN2 señala que este aspecto marca el punto desde el que se avanza a la edificación de la imprudencia. Con ese propósito, si bien en algunos casos eficiente suele ser la revisión del cumplimiento de las reglamentaciones sanitarias que rigen determinada práctica, atendiendo el carácter dinámico de esta ciencia y la multiplicidad de actividades terapéuticas y asistenciales que para el tratamiento de cada patología coexisten, lo indispensable es acudir a los parámetros de la *lex artis* – objetivos, consensuados, vigentes y verificables- y determinar, si el método o técnica científica aplicada por el galeno, así parezca ortodoxo o exótico –que no experimental o improvisado y en todo caso avalado por la comunidad científica-3 , satisfizo la expectativa de recuperación, curación o aminoración de la aflicción, trazada desde un inicio y si por consiguiente, el bien jurídico protegido se mantuvo a salvo.*

La jurisprudencia de la Sala ha reconocido que los actos propios de la práctica médica naturalmente acarreen riesgos y estos pueden generar daños personales; los riesgos asumidos por el profesional de la salud serán penalmente relevantes si para su producción ha mediado la violación del deber objetivo de cuidado por parte de aquel. **De manera correlativa, no lo serán cuando el daño ha sido generado dentro del riesgo permitido y la observación de la *lex artis*.** Así lo ha dicho la jurisprudencia de la Sala en el pronunciamiento citado en acápite anterior (CSJ, SP, sentencia del 11 de abril de 40 Casación 41245 José Édgar Duque Echeverry 2012, rad. 33920, reiterada en sentencia del 6 de junio de 2013, rad. 38904.).

Entendida la *lex artis* como el conjunto de reglas científicas o de la experiencia, verificables y actuales, que integran el conocimiento aprobado por la comunidad científica, es preciso decir, junto a la representante del Ministerio Público, que **estas no pueden ser rígidas y aplicables por igual para todos los casos; su implementación e idoneidad dependerá de las circunstancias concretas que singularizan cada caso: no solo por la complejidad inherente al propio acto médico, sino también por las características del profesional que lo lleva a cabo (su especialidad, experiencia, criterio), la incidencia en los posibles resultados de ciertos factores como los antecedentes del propio paciente - incluidos los familiares-, los obstáculos o facilidades que ofrezca la organización sanitaria y la trascendencia vital que para el paciente conlleven las consecuencias del acto médico.**” (Negrilla fuera de texto).

El profesional de la salud cumplió con todo lo anterior, así como con todas las etapas del acto médico:

(i) Información: En esta etapa el médico tiene la obligación de brindar información clara y precisa al paciente, de lo contrario tendrá que responder por lo que no informe o haya informado erróneamente. Etapa cumplida por el Doctor Llanos.

(ii) Diagnóstico: Basada en los conocimientos del médico y apoyada en los exámenes clínicos. Etapa cumplida por el Doctor Llanos.

(iii) Consentimiento Informado: Es en esta etapa donde se concentra la presente investigación, es aquí donde el paciente otorga su consentimiento para que se le practique la intervención, este es el momento en el que el médico debe informar todos y cada uno de los riesgos previstos de manera clara y precisa. Etapa cumplida por el Doctor Llanos.

(iv) Terapéutica o Quirúrgica: En esta se realiza la intervención como tal, es la ejecución del tratamiento, terapia o la cirugía; aquí el médico no se compromete a un resultado deseado, su obligación se satisface haciendo todo lo necesario para adquirir lo presupuestado. Etapa cumplida por el Doctor Llanos.

(v) Post Terapéutica o Post Quirúrgica: Seguimiento de la evolución del paciente, la responsabilidad del médico permanece durante el periodo crítico después de la intervención. Etapa cumplida por el Doctor Llanos quien estuvo pendiente de su paciente al re ingreso a la Clínica Imbanaco y en sus controles post operatorios.

En resumidas cuentas, la Lex Artis viene a constituir el marco legal, ético, técnico y científico específico dentro del cual se debe circunscribir un acto médico desplegado por el profesional de la salud en atención a las particulares condiciones del paciente destinatario de la actuación médica (en este caso las comorbilidades del paciente ya explicados), la oportunidad, medios requeridos y disponibles para su ejecución, así como la cualificación profesional del médico que la despliega.

Las disposiciones legales incluidas en el enunciado de esta excepción de mérito, el médico tratante y, consecuentemente, la CLINICA IMBANACO S.A.S., no son responsables pues el tratamiento, manejo e intervenciones de paciente, fueron llevadas a cabo con sujeción a la Lex Artis en el ejercicio de la medicina.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REPARAR DEBIDO A QUE EL EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE SALE DE LA ÓRBITA DEL DERECHO DE RESPONSABILIDAD QUE, POR NO SER PREVENIBLE, SE APLICA COMO EXONERANTE DE RESPONSABILIDAD CIVIL.

Dice la Corte que el evento adverso *“ha sido entendido como aquel daño imputable a la administración por la atención en salud y/u hospitalaria, que no tiene su génesis u origen en la patología base del paciente, y que puede desencadenar la responsabilidad de los prestadores del servicio de salud –entendidos en sentido genérico–, desde diversas esferas u órbitas legales.”*

Con el fin de ejemplificar los diversos actos relacionados con el servicio de atención en salud, se cita en la sentencia la clasificación elaborada por el profesor José Manuel Fernández Hierro, así:

“1. Actos puramente médicos. - que son los de profesión realizados por el facultativo;

2.- Actos paramédicos.- que vienen a ser las acciones preparatorias del acto médico y las posteriores a éste; por lo común, son llevadas a cabo por personal auxiliar para ejecutar órdenes del propio médico y para controlar al paciente (por ejemplo suministrar suero, inyectar calmantes o antibióticos –o proporcionarlos por vía oral–, controlar la tensión arterial, etcétera). También en esta categoría queda emplazada la obligación de seguridad que va referida al suministro de medicamentos en óptimas condiciones y el buen estado de salud en que deben encontrarse los instrumentos y aparatos médicos;

3. Actos extramédicos.- están constituidos por los servicios de hostelería (alojamiento, manutención, etcétera), y por los que obedecen al cumplimiento del deber de seguridad de preservar la integridad física de los pacientes.”

Teniendo en cuenta la anterior clasificación, se concluye que los eventos adversos, se localizan en el campo de los actos extramédicos, toda vez que es en este ámbito en que se pueden materializar los posibles riesgos o circunstancias que sean configurativas de eventos de responsabilidad de la administración en salud que no se relacionan con la patología de base; en consecuencia, el deber que se desprende de esa relación jurídica consiste en evitar o mitigar todo posible daño que pueda ser irrogado al paciente durante el período en que se encuentre sometido al cuidado del centro médico.

En observancia del principio de calidad reglamentado en el sistema obligatorio, establecido por la Ley 100 de 1993 el cual propende no sólo por la ampliación de coberturas, sino, por el mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos a la

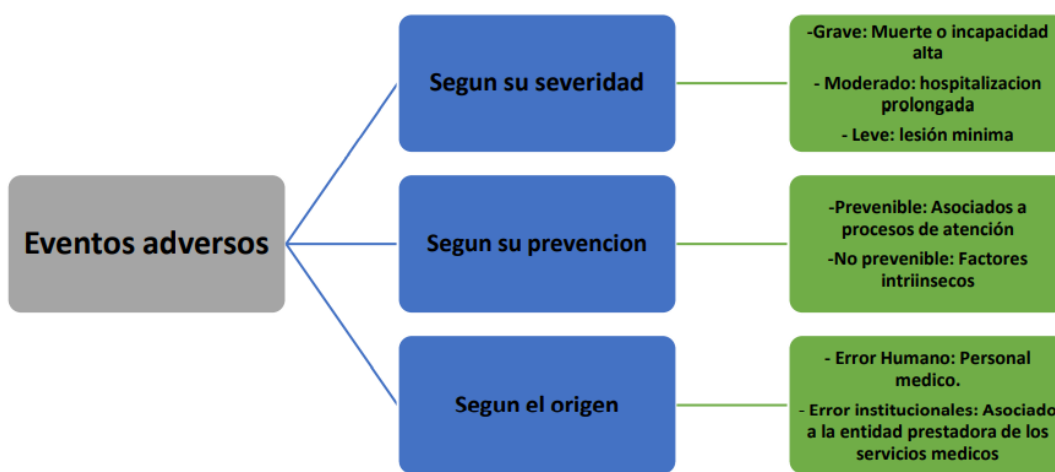
población, se crea el Sistema obligatorio de garantía de la calidad que contempla, entre otros mecanismos, la acreditación, el establecimiento de requisitos esenciales y la construcción de estándares de calidad.

La Calidad de la Atención de Salud es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Seguridad del Paciente: La seguridad del paciente se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. Son necesidades de seguridad: la dependencia, protección, estabilidad, ausencia de miedo, ansiedad o caos, necesidad de una estructura, unos límites, un orden, una ley, entre otras. Todas ellas apuntando a la evitación o neutralización de situaciones de peligro. En este sentido, las intervenciones para el cuidado de la salud del ser humano, en los ámbitos hospitalarios y ambulatorios, están implicando riesgos a partir de la conjugación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas, que, si bien contribuyen en acciones beneficiosas, también incluyen un abanico de posibilidades para la ocurrencia de eventos adversos. Las razones, por las cuales se aborda el tema de la seguridad del paciente, es porque ahora los profesionales de la salud son más conscientes y responsables de la necesidad de ofrecer una mejor atención. La Política de Seguridad del paciente no exime de la responsabilidad profesional en los casos excepcionales en los cuales existe negligencia, impericia o hay intención de hacer daño por parte del individuo. La Política de Seguridad del Paciente es un conjunto de acciones y estrategias que ofrece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la atención en salud: Resulta entonces, que la seguridad del paciente puede definirse como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante el proceso de atención de salud, maximizar la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran, reaccionar adecuadamente ante su ocurrencia y/o mitigar sus consecuencias. La Resolución 1446 ha hecho obligatoria para las instituciones, la vigilancia de la ocurrencia de dichos eventos, dentro de las cuales se encuentra la CLINICA IMBANACO, la cual es muy estricta con la vigilancia de eventos adversos.

Cada actividad del proceso de atención tiene un riesgo intrínseco que depende de problemas en las prácticas, los productos, procedimientos y sistemas; el evento adverso se debe a una serie de sucesos que ocurren sin que exista un único responsable, resultado de la interacción de las personas, la tecnología y los procesos. Se puede presentar en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento, entre otros.

Los eventos adversos no ocurren al azar; son la consecuencia de un riesgo presente en los complejos procesos de atención en salud y, por lo tanto, cuando ocurren constituyen una importante señal de alerta para identificar tales riesgos y crear las barreras de seguridad necesarias. Por eso lo más importante en la conceptualización del evento adverso es que debe ser visto por las instituciones como una herramienta de mejoramiento y no como algo que deba ser ocultado.



Los eventos adversos, en algunas ocasiones, crean una discusión que finalmente subestima o desvía la causa del problema ocasionando de forma no intencional un mal análisis, un desenfoque en los objetivos del mejoramiento, costos elevados en suministros y desgaste del personal por una mala intervención. Sin comentar la magnitud de la evitabilidad, la discapacidad y problemas que de una u otra forma se habrían evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. Según esta determinación, un evento adverso se podría describir como prevenible, si está asociado a los procesos de atención, y **no prevenible, a los factores intrínsecos**.

Prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se habría evitado mediante la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

No Prevenible (Aplicable a este caso): Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Hay otras clasificaciones de eventos, pero nos concentraremos en el no prevenible que fue el identificado en este caso.

El elemento importante referente a la definición del evento adverso es la no intencionalidad, este aspecto es el que más se acerca a la culpa, para lo cual se descartarían las acciones ejecutadas con dolo, por lo tanto, al analizar los eventos adversos debe tenerse muy presente este aspecto.

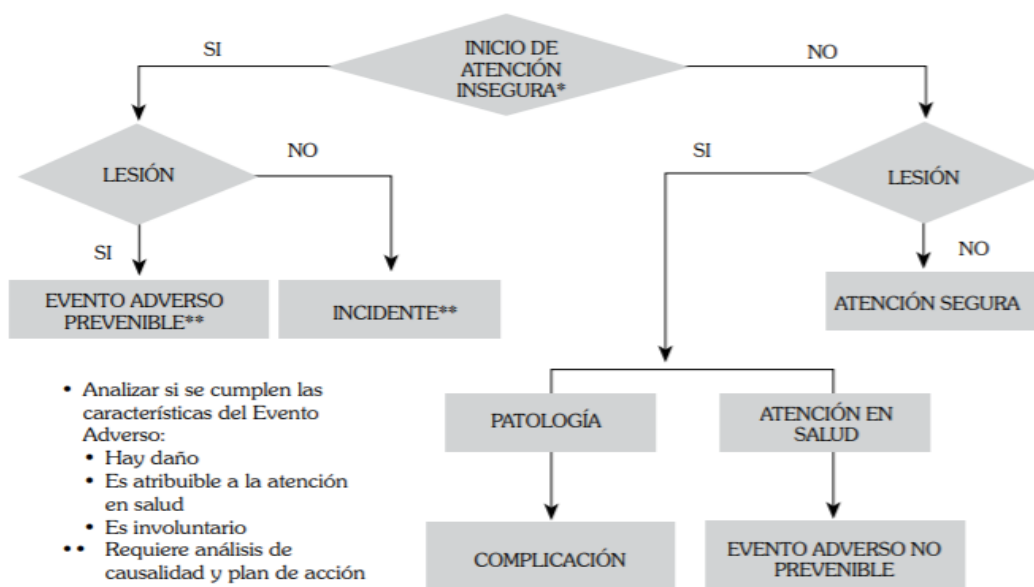
Desde el aspecto jurídico se podría precisar que el evento adverso no prevenible no generaría responsabilidad civil, porque se fundamenta como una causal exonerativa de responsabilidad: no coexistencia del nexo causal, ausencia de falla y causa extraña, las cuales deben ser adecuadamente probadas.

El evento adverso como ya mencionó anteriormente, es un concepto que tiene cabida en la seguridad del paciente, generalmente es reconocido y utilizado por el personal en salud, pero desde el ámbito jurídico pueden darse diferentes interpretaciones las cuales pueden generar confusiones al momento de establecer si conlleva o no a una responsabilidad civil. El evento adverso por ser un hecho generador de un daño, puede generar responsabilidad civil si cumple con los presupuestos de la misma y logra demostrarse; pero en el caso del evento adverso no prevenible o los hechos atribuibles al paciente, se podría exonerar de responsabilidad del agente, porque aplica los eximentes de responsabilidad. Desde la perspectiva jurídica, la problemática es más compleja, ya que el análisis que se realiza en la investigación para determinar si un suceso cumple con las características de eventos adversos, requiere de unos conocimientos mínimos en el estudio médico y manejar adecuadamente el concepto desde el ámbito de la salud. El principal problema de la mencionada ambivalencia de conceptos del evento adverso, según su área de aplicación, radica en la obtención y valoración probatoria. El área jurídica explora un campo no conocido y poco explorado, y se apoya para ello, en un área netamente asistencial que le brinda conceptos diferentes a los requeridos en la responsabilidad civil.

Asimismo, se requiere tener en cuenta que los eventos adversos como daño en la responsabilidad civil, son valorados en su mayoría por un operador jurídico carente de herramientas de investigación de calidad en salud, quien asume lo obtenido dentro del proceso sin la debida valoración conceptual y normativa. Desde este punto de vista, el idóneo para la valoración y unificación de criterios en estos juicios de responsabilidad es el auditor médico de calidad, por su formación en el sistema de calidad, uso de guías, protocolos médicos y asistenciales, entrenamiento en el uso de herramientas de análisis

de eventos adversos, y de herramientas de cumplimiento de lineamientos de calidad del sistema de Garantía de calidad.

Gráfica 2. Calidad y la atención en salud



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud (s. f.).

El operador jurídico debe identificar las características del evento adverso ya que estas son determinantes para el juicio de responsabilidad civil en estos casos:

- Lesión o daño
- No intencional
- Producto de intervención médica o atención en salud
- No atribuible a la enfermedad o condiciones del paciente
- Puede ser prevenible o no prevenible

- LESIÓN O DAÑO:** El primer elemento que constituye la esencia del concepto de evento adverso es el daño en el paciente. No hay evento adverso sin daño; al igual que en la responsabilidad civil, no existe responsabilidad sin daño. De esta manera, surge la necesidad de determinar un daño o lesión para poder establecer la responsabilidad indemnizatoria, la cual para este caso es la

derivada de un evento adverso o lesión a un paciente, que genera consecuencias en su salud.

De igual manera, dentro del análisis del evento adverso en este primer elemento, se debe establecer cuál es estado de salud del paciente previo a la afectación u ocurrencia del hecho generador del daño, para determinar si esa nueva condición de salud es derivada de su propia enfermedad de base, lo que correspondería a una complicación, o es una condición o patología diferente a la de base. De ser así se configuraría el primer elemento que es el daño propiamente dicho, como evento adverso.

- ii. **NO INTENCIONALIDAD:** Para la atribución del daño, se tiene en cuenta este segundo elemento que claramente implica un daño involuntario. En este sentido, en la Política de Seguridad del Paciente, se tiene como principio la no incriminación por la ocurrencia de eventos adversos, con el fin de evitar el ocultamiento de su ocurrencia, facilitar el reporte como parte de la mejora continua. Se parte del principio de “*no lacere*”, o no hacer daño en la atención en salud, lo que contempla la no intencionalidad.

“Cualquier análisis de evento adverso debe partir de la base de que nadie en el equipo de salud tiene la intención de hacerle daño al paciente. El propósito de los profesionales, y de las instituciones de salud es mantener, recuperar o mejorar las condiciones de salud de los pacientes, y bajo el principio Hipocrático, al menos no hacer daño. El concepto de involuntariedad permite, además, entender más fácilmente la definición de Seguridad del Paciente propuesta por la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente: “ausencia de injuria accidental”. - Sergio Luengas Amaya, Seguridad del paciente: Conceptos y análisis de eventos adversos.

- iii. **PRODUCTO DE INTERVENCIÓN MÉDICA O ATENCIÓN EN SALUD:** Este tercer elemento es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. Este concepto resulta sencillo cuando es claro el límite entre el daño o evento adverso y la patología de base.
- iv. **NO ATRIBUIBLE A LA ENFERMEDAD O CONDICIONES DEL PACIENTE:** Como ya se ha señalado, la ocurrencia del daño o lesión, es decir, la producción de una patología diferente a la enfermedad de base, se da como consecuencia de la atención medico asistencial que se le brinda al paciente. De este modo queda claro que, si la patología o condición de salud, se da como consecuencia de esa atención brindada, estaríamos ante un evento adverso, que se distingue de las complicaciones que puede generar la enfermedad de base. El evento adverso es una condición de salud (patología

nueva) producto de la atención medico asistencial, diferente a la enfermedad de base.

- v. **PREVISIBILIDAD:** Los eventos adversos se clasifican en prevenibles y no prevenibles. Un evento adverso se podría describir como prevenible, solo si está asociado a los procesos de atención y no prevenibles a los factores intrínsecos.

En resumen, los eventos adversos no evitables o no prevenibles, son aquellos sobre los que el conocimiento científico actual no tiene la capacidad de intervención. Así pues, los eventos adversos no evitables son campo de acción de la investigación científica y los desarrollos tecnológicos. En otras palabras, los eventos adversos no evitables escapan al ámbito de la seguridad del paciente.

*“El daño no pudo evitarse dada la complejidad de la condición del paciente o del cuidado requerido, se justifica la denominación de no prevenible si en la historia clínica existe evidencia de 1- El evento ocurrió a pesar de un cuidado apropiado y de haberse respetado los procesos. 2- Es un evento que raramente pasa cuando se siguen las precauciones y procesos. 3- Debido a su condición clínica, el paciente era muy susceptible al deterioro clínico. 4- El personal no se pudo anticipar al evento dada la información disponible. 5- Se trata de un diagnóstico inusual o complejo haciendo el manejo difícil. 6- El evento dado fue anticipado realizando acciones que prevenían los riesgos.” - Astolfo León Franco Herrera, **La seguridad del paciente, de la teoría a la realidad, Sociedad Colombiana de Anestesiología y reanimación (S.C.A.R.E.), primera edición, 2013. Bogotá.***

Con todo lo dicho, se concluye que la definición del evento adverso contiene los elementos necesarios para el estudio de la responsabilidad civil asistencial por la producción de un daño como lesión diferente a su enfermedad de base. Esta se genera como consecuencia de la atención en salud, y para ser imputable, tiene que ser prevenible y previsible. Lo anterior permite establecer que el evento adverso prevenible es imputable y generador de indemnización en la medida que se determine cuál fue el hecho generador de ese daño en la atención en salud, y que este no necesariamente es producto de la atención médica. Por el contrario, puede ser por múltiples factores institucionales que se deben investigar, aprovechando las metodologías del Sistema de Garantía de Calidad en Salud, de la Política de Seguridad del Paciente.

Si la patología o condición de salud, no forma parte de la patología de base, es decir, no está diagnosticada desde el ingreso del paciente, o su consulta, se está ante un evento adverso, considerado como una patología diferente a la causa de base del ingreso a la atención. En estos casos, el evento adverso es la nueva patología como daño o lesión,

y no la acción u omisión que genere esta nueva patología. Es este el punto donde se determina que existe un daño (nueva patología).

En este caso concreto, se contaba con un equipo de trabajo idóneo teniendo en cuenta que todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Hubo una buena comunicación entre el equipo de trabajo, soporte como valoración, apoyo terapéutico, etc). De igual manera, las instalaciones, la infraestructura, la tecnología, dotación y capacidad física instalada, se cumplió por parte de la CLINICA IMBANACO.

En síntesis, se tiene en cuenta el denominado evento adverso prevenible como aquel que se habría evitado con el cumplimiento de los estándares de cuidado asistencial, lo cual es diferente del **evento adverso no prevenible que sale de la órbita del derecho de responsabilidad, toda vez que no es prevenible. Por tal motivo, el no previsible se deriva a los exonerantes de responsabilidad civil.**

“La atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo es necesario pero no suficiente para endilgar responsabilidad civil, como se ha explicado extensamente con anterioridad. Para esto es preciso, además, que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos.

No es jurídicamente admisible ni conveniente en la práctica que los jueces se inmiscuyan en la sugerencia de los procedimientos científicos que deben llevar a cabo los profesionales de la medicina, pues esa no es su labor ni su ámbito de conocimiento, siendo exclusiva potestad de los médicos establecer las acciones que han de ejecutar según el estado de su ciencia frente a una enfermedad específica. No obstante, para los efectos de realizar el respectivo juicio de reproche culpabilístico, sí es necesario que el juez entre a valorar los estándares de la profesión y los compare con las acciones realizadas por el equipo médico para el tratamiento de una dolencia determinada, pues únicamente este balance o contraste permitirá concluir si se actuó conforme a lo que el ordenamiento jurídico espera de ese sector o gremio profesional.

La atribución de un hecho lesivo a un agente u organización como suyo es necesario pero no suficiente para endilgar responsabilidad civil, como se ha explicado extensamente con anterioridad. Para esto es preciso, además, que el daño sea el resultado de una conducta jurídicamente reprochable en términos culpabilísticos. - SALA DE CASACIÓN CIVIL ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

Magistrado Ponente SC13925-2016 Radicación nº 05001-31-03-003-2005-00174-01 Treinta de septiembre de dos mil dieciséis.

EVENTO ADVERSO - Noción. Concepto. Definición legal. Anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social El anexo técnico de la Resolución No. 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social lo define como: “(…)

las lesiones o complicaciones involuntarias que ocurren durante la atención en salud, los cuales son mas atribuibles a esta que a la enfermedad subyacente y que pueden conducir a la muerte, la incapacidad o al deterioro en el estado de salud del paciente, a la demora del alta, a la prolongación del tiempo de estancia hospitalizado y al incremento de los costos de no-calidad. Por extensión, también aplicamos este concepto a situaciones relacionadas con procesos no asistenciales que potencialmente pueden incidir en la ocurrencia de las situaciones arriba mencionadas.”

EVENTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR EL SERVICIO DE SALUD - Valoración de la imputación fáctica del daño. Aplicación de los criterios normativos y jurídicos de la teoría de la imputación objetiva Los eventos adversos producidos en la prestación del servicio de salud constituyen una problemática de la responsabilidad que encuentra su sede de estudio en la imputación fáctica del daño, motivo por el que resulta de suma importancia la aplicación de los criterios normativos y jurídicos trazados por la teoría de la imputación objetiva que sirven para establecer cuándo, desde el plano fáctico o material, una lesión antijurídica es atribuible a determinada persona o sujeto de derecho. Así las cosas, la valoración de la imputación fáctica del daño, con su correlativo negativo, esto es, la acreditación de una causa extraña será un elemento decisivo para establecer, en cada caso concreto, si es posible abordar la imputación de segundo nivel, es decir, si se transgredió la obligación de seguridad (imputatio iure)

*Por lo tanto, como lo ha reconocido la jurisprudencia de esta Sala, la obligación no será de resultado y el título de imputación seguirá siendo el de falla del servicio, razón para reforzar la idea de entender la obligación de seguridad como un todo, que requiere un especial análisis frente a la eventual acreditación de la causa extraña, concretamente, con la previsibilidad y resistibilidad en la producción del daño. - **CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO Bogotá, D. C, nueve (9) de mayo de dos mil doce (2012) Radicación número: 05001-23-24-000-1994-02530-01(22304).***

Conclusión: En la práctica clínica es difícil erradicar por completo la posibilidad de que un paciente sufra un evento adverso. En el caso del paciente MAURO LORENZON,

estamos en presencia de un evento adverso no prevenible, quien fue atendido de manera adecuada, en lo referente a la ejecución de los actos médicos, esto es, los que buscaron la recuperación del paciente con respecto al estado con el que ingresó a las instalaciones. **Los eventos adversos no prevenibles son las mismas complicaciones**. Si bien es cierto existe el deber de propender por la minimización de riesgos de que el paciente sufra un evento adverso en el proceso de salud como bien lo establece el Decreto 1011 de 2006, no quiere indicar tal precepto que la obligación de prestación del servicio de salud mute a ser enteramente una obligación de seguridad.

Del material probatorio, se corroborará la adecuada atención hospitalaria en lo que tiene que ver con los actos médicos, pues las partes deben mostrar el incumplimiento a los deberes de seguridad, cuidado y vigilancia por parte de la clínica. La parte demandante no aportó prueba alguna respecto a estos incumplimientos.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

6. EL ACTO MEDICO ES UNA OBLIGACIÓN DE MEDIO NO DE RESULTADO

El acto médico, en el cual se concreta la relación médico-paciente es una forma especial de relación entre personas; por lo general una de ellas, el paciente, acude motivada por una alteración en su salud, a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presente. A través del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a poner todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal es para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

La obligación y responsabilidad del médico es de medio y se encuentra constituida por vía jurisprudencial, doctrinal y legal en su Decreto 3380 de 1981 en su artículo 13:

“Artículo 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico puede comportar efectos adversos 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 médico.”

Traemos nuevamente a colación la sentencia de la **Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA Magistrado Ponente SC7110-2017 Radicación n.º 05001-31-03-012-2006-00234-01** Aprobado en Sala de veinticuatro de agosto de dos mil dieciséis Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de mayo de dos mil diecisiete (2017) en donde hace referencia a las obligaciones de medio en la actividad médica:

“En el campo contractual, la responsabilidad médica descansa en el principio general de la culpa probada, salvo cuando en virtud de las “estipulaciones especiales de las partes” (artículo 1604, in fine, del Código Civil), se asumen, por ejemplo, obligaciones de resultado, ahora mucho más, cuando en el ordenamiento patrio, el artículo 104 de la Ley 1438 de 2011, ubica la relación obligatoria médico paciente como de medios.

*La conceptualización es de suma importancia con miras a atribuir las cargas probatorias de los supuestos de hecho controvertidos y establecer las consecuencias de su incumplimiento. **Así, tratándose de obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico**, mientras que en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.*

Como tiene explicado la Corte, “(...) [s]i, entonces, el médico asume, acorde con el contrato de prestación de servicios celebrado, el deber jurídico de brindar al enfermo asistencia profesional tendiente a obtener su mejoría, y el resultado obtenido con su intervención es la agravación del estado de salud del paciente, que le causa un perjuicio específico, éste debe, con sujeción a ese acuerdo, demostrar, en línea de principio, el comportamiento culpable de aquél en cumplimiento de su obligación, bien sea por incurrir en error de diagnóstico o, en su caso, de tratamiento, lo mismo que probar la adecuada relación causal entre dicha culpa y el daño por él padecido, si es que pretende tener éxito en la reclamación de la indemnización correspondiente, cualquiera que sea el criterio que se tenga sobre la naturaleza jurídica de ese contrato, salvo el caso excepcional de la presunción de culpa que, con estricto apego al contenido del contrato, pueda darse, como sucede por ejemplo con la obligación profesional catalogable como de resultado” 1 (subrayado fuera de texto).

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

extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

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

En esa dirección, la Corte también ha asociado la aleatoriedad del fin perseguido, según el grado de ocurrencia, al decir que “(...) en las obligaciones de medio el azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, y el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor, mientras que, por el contrario, en las obligaciones de resultado lo contingente está presente en una mínima proporción, de manera que la conducta del obligado debe ser suficiente para obtener el logro esperado por el titular del derecho de crédito.

De ahí, sin abandonar el contenido prestacional asumido, en las obligaciones de medio el médico cumplirá su deber desplegando la actividad impuesta por la lex artis, independientemente del fin perseguido; y si son de resultado, por así haberse pactado expresamente, habrá cumplimiento cuando el acreedor obtiene las expectativas creadas. En las primeras, por tanto, el objeto de la obligación es una conducta idónea, al margen del éxito esperado, como sí acaece en las últimas.” (Negrilla fuera de texto).

La medicina es una ciencia caracterizada por la inexactitud, “cuestión ésta que impone a los funcionarios encargados de adelantar los procesos relacionados con hechos propios del ejercicio de las profesiones de la salud, un deber de evitar a toda costa el realizar juicios de valor retrospectivos e igualmente el evitar que los colaboradores de la administración de justicia, como lo son los peritos, lo hagan, toda vez que dichos juicios en procesos de responsabilidad médica resultan totalmente irregulares desde el punto de vista jurídico. Lo anterior, teniendo en cuenta que al realizar estos juicios retrospectivos, el operador jurídico al realizar la valoración de la conducta médica, se sitúa al final de los hechos y con los resultados de los mismos en sus manos, encontrando siempre el camino que se ha debido seguir desde un principio por el profesional de la salud, elementos con los que obviamente no cuenta éste último al momento de la ocurrencia de los hechos, quien por el contrario, con base en la información médica y clínica aportada en ese preciso momento, debe elegir el camino a seguir. Debe entonces situarse necesariamente el operador jurídico, en el momento de

realizar la valoración de la conducta desplegada por el profesional de la salud, en las reales circunstancias de tiempo, modo y lugar en las que se encontraba el investigado en el momento de la ocurrencia de los hechos objeto de investigación.” (Revista Médico Legal, Numero 3 de 2006 Pagina 29, Bogotá, Colombia.)

De esta manera, al realizar una valoración a partir del resultado final, se están realizando *juicios retrospectivos* que no son permitidos en el análisis de este tipo de conductas, en sentido contrario, deben realizarse juicios *ex ante*, esto es que el operador judicial valore la conducta *ex ante*, es decir situándose en el momento de la atención, momento en el cual se deben analizar los signos y síntomas del paciente, y puede realizarse un diagnóstico que si bien con base en el resultado final podía no ser el adecuado, sí era perfectamente adecuado, reitero, en una valoración *ex ante*. Asumir una posición que parte del resultado implicaría de cierta forma, exigir a los médicos obligaciones de resultado frente al diagnóstico, lo cual es inaceptable desde todo punto de vista.

Esta forma de razonar haciendo juicios *ex post*, esto es, hacer análisis retrospectivos una vez ya se conoce el resultado presentado, están proscritos por nuestra Jurisprudencia, incluso, abiertamente se ha sostenido que existen eventos que escapan por completo el actuar médico y por lo tanto, desvirtúan la responsabilidad y el nexo causal sobre el daño pues no resulta posible en muchos casos establecer diagnósticos o actuaciones desplegadas, por lo que debe entonces el Juzgador evaluar el caso EX ANTE.

Teniendo en cuenta que la obligación del médico es de medios, y teniendo como propósito la histerectomía de extirpar el útero, está comprobado que dicho acto se cumplió. En las obligaciones de medio, el azar o el acaso es parte constitutiva de su contenido, el resultado no depende directa y necesariamente de la actuación diligente del deudor.

El médico solo podrá ser responsable por los incumplimientos de sus obligaciones de medio la cual se encuentra consagrada en el artículo 104 de la ley 1438 de 2011, el cual reza:

"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."

Como las obligaciones de los médicos son de medio y no de resultado, la conclusión es que no se estructuró la responsabilidad aducida en el libelo de la demanda, toda vez que

para ello sería necesario que, en la ejecución de las obligaciones a su cargo, se hubiera obrado con culpa y en este caso, el profesional de la salud, el Doctor Carlos Llanos, cumplió cabalmente con sus obligaciones de manera diligente, perita y ajustada a la lex artis.

Por esta razón, se debe declarar probada la presente excepción, ya que, para el demandante, tratándose de obligaciones de medio, le incumbe acreditar la negligencia o impericia del médico, situación que **NO SE ARGUMENTÓ O PROBÓ POR LA PARTE DEMANDANTE LA NEGLIGENCIA O IMPERICIA** del profesional de la salud.

7. EL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA SE RIGE POR LA CULPA PROBADA DE ACUERDO AL ARTÍCULO 167 DEL C.G.P. – INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE RESPONDER POR AUSENCIA DE CULPA.

Se formula esta excepción, en virtud de que la responsabilidad del médico se determina por la culpa probada; correspondiéndole en dicha medida a la parte que alega la negligencia (Culpa), atender la carga probatoria, dado que aunque la relación sea de tipo contractual, la obligación contenida en el contrato de servicios médicos, corresponde a una obligación de medios.

Siguiendo la línea argumentativa, la jurisprudencia del Consejo de Estado ha señalado que al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, precisó que es indispensable:

*“(...) Ahora bien, teniendo en cuenta que las obligaciones que se desprenden del acto médico propiamente dicho son de medio y no de resultado, al demandante no le es suficiente con demostrar que su estado de salud no mejoró o que empeoró luego de la intervención del profesional de la salud, puesto que es posible que, pese a todos los esfuerzos médicos, el paciente no reaccione favorablemente al tratamiento de su enfermedad. Por tal motivo, la jurisprudencia ha señalado de forma reiterada que en los casos en los que se discute la responsabilidad de la administración por daños derivados del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, incluidas las intervenciones quirúrgicas, **la parte actora tiene la carga de demostrar la falla del servicio atribuible a la entidad.** (...)”*(Negrilla fuera de texto).

Bajo tal contexto, para que proceda la condena por la responsabilidad de las entidades que prestan servicios de salud, se requiere en primer lugar que se pruebe efectivamente

su culpa y consecuentemente el nexo de causalidad entre esa culpa y los perjuicios alegados.

Todo lo anterior, aterrizado a la presente demanda, dentro de sus hechos y los documentos aportados como sustento de la misma, no se evidencia la existencia de un actuar negligente por parte de la CLINICA IMBANACO S.A.S., menos aún de los profesionales que prestaron servicios médicos al señor MAURO LORENZON.

Esto, teniendo en cuenta que las atenciones y procedimientos prestados al paciente, fueron oportunos, pertinentes y ajustados a lex artis teniendo en cuenta que el riesgo de infección se incrementó por las comorbilidades que tenía el señor MAURO LORENZON que han sido mencionadas y explicadas en los acápites anteriores.

La cirugía, los procedimientos, las atenciones, las acciones y las atenciones realizadas en la CLÍNICA IMBANACO, fueron pertinentes y adecuadas, realizadas acorde a la situación, momento y lex artis pues se actuó de manera oportuna según los signos y situación actual del paciente.

Con fundamento en lo expuesto, ruego declarar probada esta excepción.

8. LA INDEBIDA TASACION DE PERJUICIOS.

Los perjuicios que pretende la parte actora sean reconocidos e indemnizados por el Despacho carecen de fundamentos facticos y jurídicos, y me referiré a cada uno de ellos:

Respecto de los perjuicios materiales: Es evidente, que deben ser enteramente probados y no solo simplemente solicitados como hasta ahora se observa en este proceso. Y desde luego, probados y concedidos conforme a derecho.

Respecto de los perjuicios morales: Estos deberán probarse.

9. EXCEPCION GENERICA.

Con fundamento en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito reconocer oficiosamente cualquier otra excepción cuyos hechos resulten demostrados dentro del proceso o en cualquier otra circunstancia en virtud de las cuales la Ley considere que la obligación no existe para mi representada o la declare extinguida, y al cual me referiré en los alegatos de conclusión y luego de la práctica de las pruebas.

10. PRUEBAS

Para que sean tenidas como tales, solicito sean decretadas y practicadas las siguientes:

- **DOCUMENTALES**

- Certificado de Existencia y Representación Legal de la CLINICA IMBANACO S.A.S.
- Copia de historia clínica.
- Literatura científica sobre el procedimiento realizado al señor MAURO LORENZON y sobre factores de riesgo, infección, pérdida de sangre en cirugía y sepsis.
- Documentación que acredita al Doctor Carlos Llanos como especialista en neurocirugía y subespecialista en columna.
- Informes CIVE del mes de enero y febrero
- Documento interno de la Clínica Imbanaco sobre PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
- Documento interno de la Clínica Imbanaco sobre PROCEDIMIENTO CORRECTO
- Documentos sobre Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- Dictamen pericial rendido por el Doctor Oscar Javier Castro junto con sus anexos.

- **OFICIOS**

Solicito a la Señora Juez, se le libre oficio a la Clínica San Francisco en la ciudad de Tuluá, con el fin de que, con destino a este proceso, envíe la historia clínica del paciente MAURO LORENZON, con el fin de demostrar lo realizado, practicado, fecha de ingreso y egreso a la mencionada clínica.

Dirección notificaciones: Calle 26 No. 34-60 de Tuluá - Valle

- **TESTIGOS TECNICOS:** Sírvese citar y hacer comparecer para que rindan testimonio técnico, así como para que respondan los interrogantes que se le formularan en la fecha y hora que señale el despacho de la señora Juez a los siguientes médicos, haciendo la salvedad que todos ellos han tenido contacto directo con la condición médica del paciente demandante MAURO LORENZON y en atención a sus conocimientos podrá ser explotada su experticia, a los siguientes médicos:

- **CARLOS LLANOS**, médico tratante que realizó el procedimiento quirúrgico el día 23 de enero de 2020, realizó seguimiento y conoció del caso del paciente.
- **MARÍA XIMENA PAZ ESCOBAR**, neuro-anestesióloga, que fue la anestesióloga en el procedimiento quirúrgico el día 23 de enero de 2020 que puede informar sobre el mismo.
- **JAVIER ESTÉVEZ**, fisiatra que asistió al procedimiento quirúrgico el día 23 de enero de 2020 y que puede informar sobre el mismo por su amplia experiencia en este tipo de casos y que tiene altos estándares y experiencia.
- **CHRISTIAN PALLARES**, médico Coordinador del Comité de Infecciones y Vigilancia Epidemiológica CIVE de la Clínica Imbanaco que realiza y lidera todos los Comités de Infecciones de la IPS y que puede explicar todo lo referente las infecciones asociadas a la atención en salud, así como del objetivo de los CIVE en la IPS y para explotar su experticia en el tema de infecciones.

Notificaciones: Calle 5B5 No. 38A- 64 Oficina Jurídica Piso 2, Torre C.

Correo electrónico: gloria.blanco@quironosalud.com

gloria.blanco@imbanaco.com.co

• **INTERROGATORIO DE PARTE A LOS DEMANDANTES.**

Solicito al Señor Juez que en la fecha y hora señalada para la audiencia pública se cite a las demandantes en las direcciones o correos electrónicos aportados en la demanda o través de su apoderado, para que absuelvan el interrogatorio que verbalmente les formularé sobre los supuestos de hecho expuestos en la demanda.

• **CONTRADICCIÓN A LOS DICTAMENES PERICIALES APORTADOS POR LA PARTE DEMANDANTE**

De conformidad con lo previsto en el artículo 228 del Código General del Proceso, solicito al Despacho citar a los peritos:

- YESID ARMANDO ACEVEDO RAMOS
- NESTOR WILFREDO PEREZ MEJIA

Para que, en audiencia fijada para ese efecto, la parte que represento pueda interrogarles sobre su idoneidad e imparcialidad, así como el contenido del dictamen.

Los peritos podrán ser citados a través de la parte demandante o utilizando los datos de contacto indicados en el escrito contentivo del dictamen.

- **CARGA DINAMICA DE LA PRUEBA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 167 DEL C.G.P.**

Se solicita al despacho dar aplicabilidad a lo establecido en el artículo 167 del C.G.P., considerando que en el presente evento le corresponderá a la parte demandante probar tanto la existencia de la responsabilidad médica que pretende atribuir a la CLINICA IMBANACO S.A.S, así como los perjuicios que reclama por los daños que indica haber sufrido.

11. SOLICITUD

De acuerdo a los hechos probados y las excepciones propuestas, solicito a la señora Juez lo siguiente:

1. Declarar probadas las excepciones de mérito propuestas.
2. Condenar en costas a los demandantes.

12. ANEXOS

1. Sustitución de poder a la doctora FANNY GONZALEZ MARQUEZ.

13. NOTIFICACIONES

Demandantes: En las direcciones o correos electrónicos aportados en la demanda.

Demandada: CLINICA IMBANACO S.A.S juridico@imbanaco.com.co

Calle 5B5 No. 38 A- 64 Oficina Jurídica, Torre C Piso 2, Cali.

Las que me corresponden: gloria.blanco@quironсалud.com -
gloria.blanco@imbanaco.com.co

De la Señora Juez, con todo respeto.

Atentamente,



GLORIA ELENA BLANCO LOPEZ
C.C. No. 38.567.553 de Cali
T.P. No. 182.103 del C.S. de la J.