



***DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN***  
***TRIBUNAL SUPERIOR SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL***  
***MAGISTRADA PONENTE: PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA***  
***"Al servicio de la justicia***  
***y de la paz social"***

**S -056**

**Procedimiento:** Verbal

**Demandantes:** Carmen Paola Vargas Ocampo y/o

**Demandada:** Coomeva Medicina Prepagada S.A. y/o

**Radicado Único Nacional:** 05001 31 03 006 2022 00093 01

**Procedencia:** Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín

**Decisión:** Confirma parcialmente

**Medellín, cinco (5) de mayo de dos mil veintitrés (2023)**

**Cuestión:** Se resuelve el recurso de apelación interpuesto por **la parte demandante** contra la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín el 27 de enero de 2023.

**Temas:** Responsabilidad civil médica, culpa médica, carga de la prueba.

Procedente del Juzgado Sexto Civil del Circuito de Medellín y por virtud de apelación interpuesta por la parte demandante contra la sentencia proferida el 27 de enero de 2023, ha llegado a esta Corporación el proceso con trámite verbal promovido por Carmen Paola Vargas Ocampo, en nombre propio y en representación de Santiago y Nicolás Gallego Vargas, así como por Luis Alberto Vargas Ocampo, en nombre propio y de Samuel Vargas Segura, en contra de Coomeva Medicina Prepagada e Inversiones Médicas de Antioquia S.A. –Clínica las Vegas S.A.-, mediante la cual se pretende:

«PRIMERO: Se DECLARE CIVIL, SOLIDARIA y EXTRACONTRACTUALMENTE RESPONSABLE en calidad de operador de servicios de salud a la sociedad INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS S.A.- identificada con NIT. 800044402 del fallecimiento de la señora ALEYDA OCAMPO DE VARGAS.

SEGUNDA: Se DECLARE CIVIL, SOLIDARIA y CONTRACTUALMENTE RESPONSABLE a COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, identificada con NIT. 805009741-7 del fallecimiento de la señora ALEYDA OCAMPO DE VARGAS.

CONDENATORIAS:

PRIMERO: Se CONDENE de manera conjunta, separada o solidariamente a la sociedad INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS S.A.- identificada con NIT. 800044402 y COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, identificada con NIT. 805009741-77 a RECONOCER y PAGAR en favor de CARMEN PAOLA VARGAS OCAMPO, quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de sus hijos menores SANTIAGO y NICOLÁS GALLEGO VARGAS y de LUIS ALBERTO VARGAS OCAMPO, quien actúa en nombre propio y en nombre y representación de su hijo menor SAMUEL VARGAS SEGURA, la suma de TRESCIENTOS SIETE MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS PESOS M.L.C (\$307'230.700,00 M.L.C), equivalentes a 350 SMMLV por concepto de daños morales en favor de las siguientes personas y por los conceptos detallados a continuación:

NOMBRE	PARENTESCO	INDEMNIZACIÓN
CARMEN PAOLA VARGAS OCAMPO	HIJA	100 SMMLV
LUIS ALBERTO VARGAS OCAMPO	HIJO	100 SMMLV
NICOLAS GALLEGO VARGAS	NIETO	50 SMMLV
SANTIAGO GALLEGO VARGAS	NIETO	50 SMMLV
SAMUEL VARGAS SEGURA	NIETO	50 SMMLV
TOTAL		350 SMMLV

SEGUNDO: Se CONDENE de manera conjunta, separada o solidariamente a la sociedad INVERSIONES MEDICAS DE ANTIOQUIA S.A. – CLÍNICA LAS VEGAS S.A.- identificada con NIT. 800044402 y COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, identificada con NIT. 805009741-7 a RECONOCER y PAGAR en favor de los demandantes las COSTAS Y AGENCIAS EN DERECHO».

Los actores soportaron sus pedimentos en los hechos que a continuación se compendian:

Que la señora Aleyda Ocampo de Vargas ingresó a la Clínica las Vegas el 6 de febrero de 2019, con diagnóstico de «HERNIA ABDOMINAL NO ESPECIFICADA, SIN OBSTRUCCIÓN NI GANGRENA» y «ENFERMEDAD DEL REFLUJO GASTROESOFAGICO SON ESOFAGITIS» (sic), siendo hospitalizada hasta el 11 de febrero de 2019, fecha en que falleció «producto de una serie de errores médicos».

Que de la historia clínica de la fallecida se desprende que fue sometida al procedimiento de «funduplicatura electiva por hernia hiatal gigante (8 cm)», el día 6 de febrero de 2019. Que al día siguiente, se atendió llamado de enfermería por «desaturación súbita en ausencia de síntomas», planteándose como sospecha diagnóstica un «tromboembolismo pulmonar», sin confirmarse ni descartarse esa hipótesis. Y que el día 10 de los mismos mes y año, 3 días después de la sospecha aludida, se ordenó realizarle el Angiotac, donde se confirma el diagnóstico y, por ende, se procede de forma tardía a corregir el problema, «entendiendo que la anticoagulación en esta paciente estaba contraindicada por una lesión del bazo inherente al acto intraoperatorio».

Que la señora Ocampo de Vargas «fue requiriendo progresivamente aumento del flujo de oxígeno hasta llegar a volúmenes altos (Venturi al 50% y máscara de no Re-inhalación) y se evidenció descenso en la hemoglobina de 3.5 gramos en 48 horas», pero solo hasta que «presentó descompensación hemodinámica se realizó búsqueda activa de las causas y, en consecuencia, las acciones correctivas se tomaron cuando la paciente se encontraba en un punto de difícil retorno».

Que «posteriormente se atribuye la disnea a una posible falla cardíaca o a un antecedente personal de extabaquismo, que, si bien son causas de disnea... no se presentan de manera aguda en un posoperatorio inmediato. Es por ello que, no [se] entiende cuál era la justificación para ordenar terapia respiratoria antes de una radiografía simple de tórax o un ecocardiograma antes que un Angiotac».

Que la señora Ocampo de Vargas requirió dos reintervenciones quirúrgicas adicionales, de las que se derivaron un choque séptico y una falla multiorgánica que condujeron al desenlace fatal.

Que el fallecimiento de la víctima directa ha propiciado en los demandantes, hijos y nietos de la misma, sentimientos de tristeza, pues han tenido «padecimientos morales y de la esfera subjetiva», ya que el hogar de aquella era el centro de reunión familiar. Además, porque en su condición de abuela cuidaba de sus nietos, ocupando un rol maternal y de guía para estos, quienes ya no cuentan con su cuidado y cariño.

## **RÉPLICA**

La demanda fue admitida por auto del 17 de marzo de 2022 (pdf 03). Una vez notificados, los demandados procedieron a contestarla de la siguiente manera:

### **- Inversiones Médicas de Antioquia (pdf 07)**

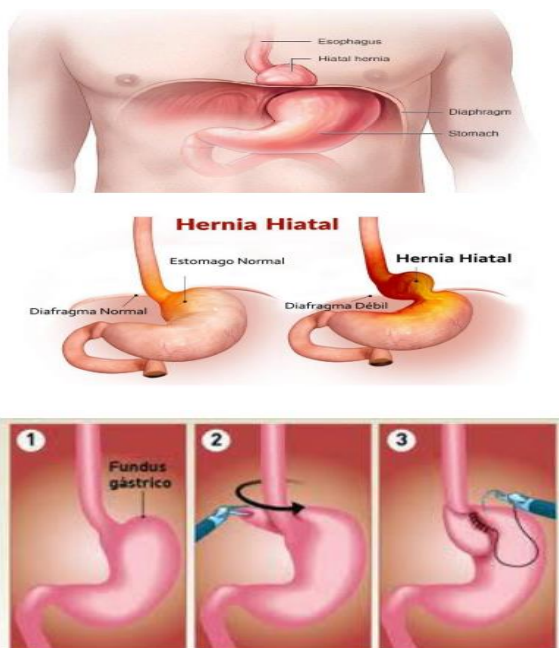
Su mandatario judicial se opuso a las pretensiones de la demanda y desconoció la forma en que la parte actora relató lo ocurrido. Explicó:

-La señora Aleyda Ocampo de Vargas ingresó inicialmente a la Clínica Las Vegas el 15 de noviembre de 2018, debido a una anemia, derivada de sangrado por úlcera de cameron sangrante, secundaria a una hernia diafragmática gigante. Que en dicha oportunidad la paciente fue atendida y mejoró con la medicación aplicada, dándosele de alta a los 4 días de hospitalización con orden de cita de control.

-Que el 24 de enero de 2019, a causa de la misma sintomatología, la paciente regresa a la clínica, requiriendo tratamiento farmacológico y una transfusión de sangre, mejorando su situación y dándole de alta al 4 día de hospitalización, con instrucciones y signos de alarma, fórmula médica y orden de revisión con especialista en cirugía general.

-Que consultó con el médico Luis Felipe Vanegas Restrepo, especialista en cirugía general, quien decidió que para resolver los problemas de salud que la aquejaban era necesario practicarle una cirugía, dado que el tratamiento con medicamentos no estaba siendo efectivo. En consecuencia, se practicó el procedimiento quirúrgico el 6 de febrero de 2019, con la finalidad de tratarla de los «*diagnósticos de reflujo y hernia hiatal gigante, llamado CIRUGÍA ANTIRREFLUJO GASTRESOFAGICO MAS RECONSTRUCCION DE ESFINTER POR LAPAROSCOPIA, DEMONINADA FUNDUPLICATURA, CON REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA VÍA LAPAROSCÓPICA*».

-Para ilustrar sobre la patología padecida y el procedimiento practicado, adjuntó como imágenes:



- Que la evolución de la paciente con posterioridad a la intervención no fue la mejor, ya que presentó desaturación que cedió con oxígeno y terapias respiratorias. Dijo que ese signo clínico por sí solo no es indicativo de complicación, pero sí puede significar atelectasia, que consiste en una obstrucción del pulmón, la cual mejora normalmente con oxígeno y terapias de incentivo respiratorio, como se hizo en este caso.

-Que posteriormente, cuando la saturación de la paciente empeoró se ordenaron una serie de exámenes que no mostraron mayores hallazgos

abdominales y los mismos se explicaban por la cirugía inicial, pero estos sí indicaron que la paciente tenía un TEP (Tromboembolismo pulmonar).

-Que a pesar del manejo del tromboembolismo la paciente empeoró y se decidió llevarla a laparoscopia diagnóstica para revisar si había alguna complicación quirúrgica, encontrándose la presencia de peritonitis y se procedió con la limpieza de la cavidad abdominal, pero como no hubo hallazgos de perforación se decidió esperar la evolución de la paciente.

-Que luego de la laparoscopia, la paciente siguió empeorando y deteriorándose en su salud, por lo que se le realizó una laparotomía, encontrándose el punto de filtración que fue resuelto y se procedió con un nuevo lavado. Sin embargo, pocas horas después la paciente fallece debido a la infección y falla multisistémica.

-Que la necrosis del punto fúndico pudo darse el 10 de febrero de 2019, ya que con anterioridad la paciente no presentó signos ni síntomas de complicación abdominal, sino solo signos de tipo pulmonar que sugerían atelectasia por el procedimiento.

-Que el tratamiento que se brindó a la paciente fue el adecuado, en atención de los síntomas y signos que presentaba.

-Que la paciente falleció como consecuencia de la materialización de un riesgo inherente a la cirugía, pero no del proceso de atención. Riesgos vinculados a infección, lesión de órgano vecino, reintervención, muerte, entre otros, que fueron informados y aceptados.

Propuso, entonces, las que denominó «excepciones» de «ausencia de incumplimiento contractual por parte de Inversiones Médicas de Antioquia S.A.», «ausencia responsabilidad médica por parte de Inversiones Médicas de Antioquia S.A.», «ausencia del nexo causal», «ausencia de culpa por parte de la Clínica las Vegas» e «indebida tasación de perjuicios».

## **- Coomeva Medicina Prepagada S.A. (pdf 08)**

Su vocera judicial se pronunció en términos de oposición a la demanda y precisó, en similar contexto a los descritos por la codemandada Inversiones Médicas de Antioquia S.A., los hechos relacionados con la atención médica de la señora Ocampo de Vargas. Seguidamente formuló las «excepciones» de «ausencia de incumplimiento contractual por parte de Coomeva Medicina Prepagada S.A.», en tanto que cumplió correctamente con la prestación de los servicios requeridos por la paciente; «ausencia de culpa en la prestación del servicio médico», ya que esta se brindó de forma continua, oportuna y pertinente; «el deceso de la señora ALEYDA OCAMPO DE VARGAS ocurrió como consecuencia de la materialización de un riesgo inherente» y «tasación excesiva de perjuicios».

## **DE LOS LLAMAMIENTOS EN GARANTÍA**

Coomeva Medicina Prepagada S.A. llamó en garantía a la Compañía Aseguradora de Finanzas S.A. e Inversiones Médicas de Antioquia a Chubb Seguros Colombia S.A. (pdf 12). Por tanto, de ser necesario y procedente, la Sala estudiará esas causas revérsicas de manera individual.

## **SENTENCIA IMPUGNADA**

Trabada la relación procesal y evacuado el trámite pertinente, el juzgado de origen profirió sentencia en la que resolvió lo siguiente:

*«Primero: Se declaran probadas las excepciones de Ausencia de incumplimiento contractual por parte de Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Ausencia de nexo causal, Ausencia de culpa por la Clínica Las Vegas, Ausencia de incumplimiento contractual por Coomeva Medicina Prepaga S.A., porque habría prestado correctamente sus servicios de medicina prepaga, Ausencia de culpa en la prestación del servicio médico, porque el deceso de la señora Aleyda Campo de Vargas habría ocurrido como consecuencia de la materialización de un riesgo inherente de diligencia y cuidado, Ausencia de culpa en la entidad*

*Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Cumplimiento del deber de información, Existencia de consentimiento Informado y materialización de riesgo inherente, Ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de responsabilidad civil para instituciones médicas por ausencia de responsabilidad imputable a Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Ausencia de responsabilidad de la entidad asegurada, Inexistencia de elementos de responsabilidad, Inexistencia de negligencia o impericia imputable al personal de la clínica Las Vegas y de Coomeva Medicina Prepaga S.A., y Ausencia de prueba del siniestro imputable a Coomeva Medicina Prepaga S.A.; que fueron formuladas por las entidades codemandadas y llamadas en garantías en sus respuestas a la demanda y a los llamamientos en garantía, por las razones enunciadas en las consideraciones de esta sentencia.*

*Segundo: En consecuencia, no se accede a las pretensiones de la demanda de declarar la responsabilidad civil médica de las entidades codemandadas, y/o la responsabilidad jurídica económica de las entidades llamadas en garantía, por las razones enunciadas en las consideraciones de esta providencia. Por ello, no se accede a los llamamientos en garantía formulados en el litigio.*

*Tercero: Se condena en consecuencia, a la parte demandante, a pagar en favor de las partes codemandadas y llamadas en garantía, las costas del presente proceso, en los términos y condiciones indicadas en los racionamientos de esta providencia, y las cuales incluirán las agencias en derecho antes fijadas, bajo los parámetros antes expuestos».*

Para decidir de la manera como lo hizo, el juez inició con un resumen de la demanda; la contestación de cada uno de los sujetos que integran la parte demandada; el pronunciamiento de los llamados en garantía y lo expresado en los alegatos de conclusión. Luego se refirió a los presupuestos procesales, los que encontró colmados.

Previo a entrar en las consideraciones, se planteó como problema jurídico principal establecer «*si en este caso se presenta o no una responsabilidad civil*



*médica en la atención que se habría brindado a la señora Aleyda Ocampo de Vargas en la clínica Las Vegas para el período de tiempo entre el 6 al 11 de febrero del año 2019» Y, para proveer al respecto, dijo que el análisis del asunto comprende tres niveles: en el «primero se estima necesario hacer referencia a los parámetros normativos que rigen el objeto de debate que aquí se presenta. Posteriormente, hacer el análisis probatorio que de los mecanismos de tal carácter que han sido recaudados en el litigio para, a través de ellos, determinar los hechos y circunstancias que son objeto de debate y luego de ello hacer los análisis de las conclusiones o valoraciones que de los medios de prueba se hagan sobre las diferentes pretensiones o excepciones que se plantearon en el debate y sobre su viabilidad o no, y determinar la pertinencia o no de las mismas».*

En ese orden, continuó con algunas consideraciones en torno al marco normativo del sistema general de seguridad social en salud y a la prestación del servicio de medicina prepagada. Al igual hizo referencia a los presupuestos axiológicos de la pretensión de responsabilidad civil médica, la responsabilidad institucional de la EPS e IPS, el régimen de culpa probada y, en particular, respecto a la carga probatoria. También dedicó un acápite considerativo a la jurisprudencia relacionada con la indemnización de perjuicios patrimoniales y extrapatrimoniales.

Ya sobre el caso concreto comenzó diciendo que en el expediente obra prueba de la vinculación de la señora Aleyda Ocampo de Vargas a Coomeva Medicina Prepagada S.A.; y que en razón de esa relación fue que a la usuaria se le prestaron distintas atenciones de salud por la Clínica las Vegas, relativas a los diagnósticos de úlcera de cameron y hernia hiatal. Continuó con el recuento detallado de las anotaciones contenidas en la historia clínica de la paciente, para luego aludir a los dictámenes periciales que fueron allegados por ambas partes y cuya contradicción se surtió en audiencia.

Dijo que el experticio allegado por la parte demandante fue elaborado por el médico Efraín Enríquez Zarama, quien, a pesar de no ser especialista en gastroenterología, sí dijo serlo en cirugía y tener conocimientos en materia quirúrgica; que de la historia clínica el perito dedujo que en el procedimiento

quirúrgico «se pudo encontrar gran cantidad de adherencias hacia el hilio esplénico y que, al liberarla se produjo un sangrado por lesión del vaso y que por ello se debió pasar inmediatamente a la cirugía convencional abierta de laparotomía y realizar la corrección de la hernia hiatal con menos complicaciones»; que también refirió a que «en la tercera cirugía, en la que ya se realizó laparotomía, en la que se deshizo la funduplicatura de la primera laparoscopia, se “evidenciaron” que uno de los puntos fúndicos del estómago tenía necrosis y salida de material gástrico a la palpación y contaminación de la cavidad abdominal con material hemopurulento que produjo la peritonitis y la muerte»; y que para dicho experto «a pesar de que se hicieron valoraciones por medicina interna y cirugía, no se detectó adecuadamente la infección y que ésta ya estaba cursando con una peritonitis, la cual no encontró ninguno de los examinadores de manera oportuna», contrariando así los parámetros de continuidad y de idoneidad.

Luego, hizo mención al dictamen pericial arrimado por la parte demandada, elaborado por el doctor Félix Mauricio Corrales, adscrito al CENDES, especialista en cirugía general, de trasplante y vascular, quien expresó que la primera cirugía realizada a la paciente tuvo origen en una hernia hiatal, procedimiento complejo, porque tenía el 50% del estómago deslizado hacia la cavidad torácica; que durante «el posoperatorio se presentó una evolución tórpida por una complicación de tipo necrosis y por una perforación...en uno de los puntos de la funduplicatura, complicación que es poco frecuente y se puede presentar por factores propios de la paciente o del equipo tratante»; y que los factores para que se presente la perforación de uno de los puntos de la funduplicatura, «es una complicación poco común...y que si bien puede ser una complicación que se puede presentar...» este es «un aspecto que no suele ser objeto de un tratamiento adicional o especial en el procedimiento que se utilizó de la laparoscopia para la corrección de la hernia hiatal, porque no ameritaba, dada la poca frecuencia que de ellos se presentaba en los pacientes»; que para el perito la ruptura obedeció a «factores de riesgos propios de la paciente, porque ya había presentado sangrados anteriores, a nivel de anemia, que incluso habían hecho necesaria las transfusiones, y que ello podía haber incidido en su capacidad de hemodinámica para un proceso de cicatrización adecuada en la cirugía, y eso pudo incidir en que el punto

necrótico se presentara cuando ocurrió en la paciente el tromboembolismo pulmonar que la aquejó en el periodo posoperatorio».

Dijo el juez, en su extensa descripción de la prueba, que «el perito concluye que con las atenciones que se brindaron a la señora Aleyda, en el periodo entre el 6 al 11 de febrero del año 2019, por el personal médico tratante, que incluyó médicos generales...intensivistas...urgentólogo, personal de radiología, y no solo los cirujanos que realizaron la primera cirugía... sino además por personal de cirugía de la Clínica las Vegas... fueron atenciones adecuadas, oportunas y con continuidad, dadas las circunstancias de las afectaciones de la salud que fue presentando la paciente durante el curso del postoperatorio» y que de acuerdo a esa experticia «no pudieron los médicos tener a su disposición un diagnóstico claro de peritonitis de la paciente desde inicios del postoperatorio, puesto que sus síntomas, signos o informaciones que se podían verificar de manera clínica, es decir, de manera directa por la revisión a través de los galenos y/o por la realización de exámenes de laboratorio o de imagenología no le arrojaron a los médicos tratantes el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar, sino prácticamente hasta avanzado el 9 de febrero, cuando se empezó a sospechar sobre el mismo, y además, hasta el 10 de febrero, cuando se pudo confirmar dicho diagnóstico con la realización del Angiotac y del TAC de abdomen y torax que... se realizó».

En consecuencia, el juez acogió las conclusiones a que se arribó en el dictamen últimamente referenciado y, apoyado en los demás medios de prueba allegados al plenario, afirmó que los médicos tratantes tomaron las determinaciones que conforme a las leyes del arte en materia de gastroenterología se tienen para la atención del problema que la paciente presentó, pues eran las medidas más indicadas por ser menos riesgosas, descartándose así que los médicos tratantes hayan cometido un acto culposo que les sea imputable por acción u omisión.

## **IMPUGNACIÓN**

Inconforme con la decisión, la parte demandante se alzó en su contra, alegando como reparos concretos los que pasan a individualizarse **(en audiencia)**:

**PRIMERO:** En la sentencia no se analizó «la continuidad del servicio efectuada por el cirujano que realiza la cirugía inicial y quien realiza la cirugía final que posteriormente termina con el deceso de la señora Aleyda».

**SEGUNDO:** No se analizó que de acuerdo a la prueba testimonial, los galenos tomaron decisiones con base en conversaciones telefónicas y realizadas extra laboralmente.

**TERCERO:** No se aludió a la existencia de los riesgos y a la previsibilidad de los padecimientos de la señora Aleyda, dado sus antecedentes, tal como lo informó el perito Félix Mauricio.

**CUARTO:** No se tuvo en cuenta que sí se presentaron síntomas que evidenciaban la causa de una peritonitis desde el segundo día del postoperatorio, como abdomen distendido, doloroso y náuseas.

**QUINTO:** Que si bien el despacho indicó que se hicieron todos los tratamientos adecuados, «no se analiza que estos mismos fueron con base en la intención estabilizadora, mas no correctiva. No se realiza ninguna intervención... solo hasta el día sexto que se revisa la misma es que se llega al origen del deceso». Y que entre «laparoscopia y laparatomía, además de que fue tardía, día quinto día sexto, pasaron más de 24 horas, y que sí existió la posibilidad de que se hiciera en el día quinto», presentándose una pérdida de la oportunidad.

**SEXTO:** No se analizó que si bien hubo un acompañamiento por parte del médico Camilo Vázquez durante 5 días, el mismo era el ayudante quirúrgico. Que el acompañamiento que se hizo, fue dado por medicina general e intensivistas, pero cirujanos, propiamente, solo vieron a la paciente, el día quinto y sexto, siendo estos los que empezaron a dar luces acerca de los

padecimientos de la víctima directa y quienes comenzaron a documentar el tema de la peritonitis.

**SÉPTIMO:** No se analizó que tanto el perito Félix Mauricio como el médico Camilo Vázquez manifestaron no tener síntomas documentados de la peritonitis, pero los mismos, tal como el juez los advirtió, si se encontraban presentes.

## **DE LA SUSTENTACIÓN EN ESTA INSTANCIA (LEY 2213 DE 2022)**

El recurso de apelación fue admitido mediante auto fechado el 3 de marzo de 2023 (notificado por estados del día 6 siguiente). El 16 de marzo de este año el apelante presentó escrito contentivo de la sustentación del recurso, del cual remitió copia a los intervinientes en los términos del párrafo contenido en el artículo 9º de la ley 2213 de 2022. En esta oportunidad, además de reiterar lo manifestado en los reparos concretos, realizó un recuento de lo disertado por el juzgado de origen frente al material probatorio y concluyó:

- «1. Desde el inicio del postoperatorio, la paciente mostró signos de dolor en el abdomen los cuales nunca aumentaron, ni siquiera en las horas finales.
2. Pese a que los síntomas fueron estables, solo hasta el 5 y 6 día posoperatorio cuando el nivel de atención del recurso humano se especializó se tomaron decisiones frente a la posibilidad de existencia de una peritonitis.
3. El cirujano inicial solo la atendió en el posoperatorio el día final momentos previos a su deceso y fue en ese momento que por su experticia decide realizar la intervención que enteró del verdadero padecimiento.
4. El Doctor Camilo Vázquez, pese a que el Despacho indica que fue quien la atendió en la cirugía, no obró en tal condición.
5. El Despacho señala en diferentes ocasiones que conforme dichas declaraciones a la paciente se le brindaron todas las atenciones, pero no realiza un análisis frente a los síntomas y/o atenciones posibles según la cirugía practicada.

6. No se pronuncia frente a la atención dada por los diferentes galenos, en el sentido de que el cirujano inicial no registra atención alguna pese a manifestar en su declaración que hizo un acompañamiento constante durante el posoperatorio de manera informal.
7. Nunca se hizo reunión, comité o staff médico de la situación de la paciente; en otras palabras no hubo una pertinencia en la atención dada, ya que cada uno de los especialistas que fueron interrogados manifestaron que iban actuando conforme la última atención.
8. Manifiestan que las ayudas diagnosticas partían de un diagnóstico inicial, el cual nunca descartaron ya que solo se limitaron a controlarlo.
9. Manifiesta que la peritonitis es un riesgo inherente al procedimiento, que la causa en este caso, necrosis de un punto, era poco probable mas no la peritonitis como tal que puede ser causa de diferentes situaciones postquirúrgicas.
10. El Galeno Luis Felipe Vanegas describe ampliamente todas las atenciones dadas a la paciente en postoperatorio, sin embargo al dar la razón de este conocimiento indica que es por "apoyo informal" vía telefónica de lo cual no consta en la historia clínica».

Aseveró que el juzgado no se refirió a la ratificación del dictamen presentado con la demanda, ni a la ratificación que del mismo se hizo en audiencia; con lo cual omitió que de esa prueba se desprende que los convocados soslayaron los atributos de la atención médica que produjeron el desenlace fatal de la señora Aleyda, referidos a:

«1. Continuidad: Ya que si bien fue evaluada por un equipo multidisciplinario, no se dio la secuencia lógica en la atención de la paciente por el médico tratante que realizó cirugía el 06 de febrero de 2019 por cuanto solo hasta el 11 del mismo mes y año encuentra la causa de la peritonitis, momento en el que ordena intervención que posteriormente le causa el deceso. Sin embargo, como se señala en el dictamen pericial, el acto médico a seguir sería una revisión en las primeras 48 horas a fin de realizarse una laparotomía y no una laparoscopia a las 106 horas y cuyo resultado fue precisamente ordenar y realizar la laparotomía requerida en las primeras 48 horas.

2. Oportunidad: Básicamente por dos motivos, en primer lugar a la mora en la revisión – 106 horas después de la cirugía y en segundo lugar a la técnica utilizada laparoscopia exploradora cuando lo indicado era laparotomía, demostrando que la paciente no tuvo la posibilidad de obtener los servicios de manera oportuna e idóneos sumado a que la peritonitis fue enmascarada con analgésicos intravenosos incluyendo morfina pese a que continuaba con el dolor abdominal todo el tiempo.

3. Accesibilidad: La paciente que no tuvo la posibilidad de utilizar la Unidad de Cuidados Especiales que fue prescrita pero no se encontraba disponible según anotación en la historia clínica del 10 de febrero 7:31 a.m., por parte del galeno Camilo Vásquez, ni tampoco la Unidad de Cuidados Intensivos por no haber cama disponible como reporta igualmente la galena en historia clínica del 10 de febrero 8:00 a.m., por lo que tuvo que ser trasladada al servicio de Urgencias como última medida por su deterioro clínico, traslado que solo aminora momentáneamente complicaciones de salud sin la debida especialidad y equipamiento para el diagnóstico dado».

Añadió que faltó rigor en el análisis de las pruebas, puesto que de la testimonial y la contradicción a los dictámenes periciales se colige que:

«1) La causante presentaba condiciones propias que hacían más riesgosa la intervención y el postoperatorio.

2) La peritonitis es un riesgo inherente a la cirugía practicada; y en este punto es importante resaltar que si bien la causa de la peritonitis, esto es, la necrosis de un punto puede tener probabilidades bajas de suceder, esto refiere a la causa en concreto en el presente asunto, no al riesgo de la complicación como tal.

3) El TEP es una complicación poco probable en estos casos, igual que la necrosis.

4) Nunca se ha argumentado la falta de atención de la causante, por el contrario, se acude al error en la misma y/o en los diagnósticos, y quedó comprobado y no es motivo de discusión que todos los esfuerzos se

centraron en un padecimiento que no era el causante de la complicación de la demandante.

5) El médico cirujano posterior a la cirugía inicial solo la atendió en la cirugía final cuando descubrió tardíamente el origen de la complicación.

6) Confesión por parte de uno de los declarantes, concretamente el médico cirujano, de realizar acompañamiento y diagnósticos por fuera de su vinculación laboral y sin registro alguno en la historia clínica.

7) Indebida continuidad en el tratamiento médico, ya que si bien fue atendida por varios galenos, no hubo nunca un análisis en conjunto de la situación.

8) Tratamientos y ayudas diagnósticas estabilizadoras y no correctivas.

9) documentación clínica sobre síntomas propios de peritonitis, contrario a lo manifestado por los declarantes.

10) No declaración de galenos ajenos a la situación debatida que dieran fe de la justificación en el tratamiento dado».

Finalmente, reiteró que aun de llegarse a considerar que las intervenciones médicas realizadas a la paciente fueron correctas y oportunas, a la señora Aleyda se le privó de la oportunidad o chance de continuar con vida, «al no haberse practicado incluso la cirugía menos invasiva con anterioridad o de haberse requerido la presencia del médico cirujano en su postoperatorio y con base en la evolución del mismo».

También, una vez allegada la sustentación del recurso, los no apelantes se pronunciaron por medio de los siguientes escritos:

- Presentado el 21 de marzo de 2023 por el apoderado de la llamada en garantía Chubb Seguros Colombia S.A., pronunciándose sobre el recurso.

- Presentado el 24 de marzo de 2023 por el abogado de Inversiones Médicas Antioquia S.A., pronunciándose frente al recurso.

- Presentado el 28 de marzo de 2023 por la abogada de Coomeva Medicina Prepagada S.A., pronunciándose sobre el recurso.



Todos los intervinientes en la etapa de traslado del recurso de sustentación, manifestaron que la sentencia de primera instancia debía ser confirmada en atención a que no se probaron los presupuestos axiológicos de la pretensión.

## **PROBLEMAS JURÍDICOS**

De acuerdo con lo decidido y argumentado por el juzgador de primer grado, y teniendo en cuenta los reproches de la parte demandante, de la siguiente manera pueden plantearse los problemas jurídicos centrales que debe abordar la Sala en esta ocasión:

¿En realidad debieron prosperar las denominadas «excepciones de mérito», como lo concluyó el juzgador de primer grado? o, por el contrario, como lo estima la parte apelante, ¿están acreditados todos los presupuestos axiológicos de la pretensión de responsabilidad civil? Para ello, corresponde absolver delantadamente un interrogante:

¿De acuerdo a los medios probatorios que militan en el expediente, es posible concluir, como lo sostiene el recurrente, que la actuación de los médicos que atendieron a la señora Aleyda Campo de Vargas, luego de la funduplicatura que le fue practicada, resultó culposa al haber sido equivocada e inoportuna para el restablecimiento de la salud de esta?

Superado el trámite correspondiente al recurso, corre la oportunidad de resolverlo y a ello se procede con base en las siguientes

## **CONSIDERACIONES**

### **1. De la responsabilidad civil del médico y la solidaridad de la institución a que está adscrito**

Al profesional de la salud le es exigible una especial diligencia en el ejercicio de su actividad acorde al estado de la ciencia y el arte *-lex artis ad hoc-*, sobre él gravitan prestaciones concretas sin llegar a un extremo rigor de catalogarla

como el ejercicio de una actividad peligrosa, en consideración a la notable incidencia de la medicina en la vida, salud e integridad de las personas; en este contexto la responsabilidad del médico, por regla general, no puede configurarse sino en el ámbito de la culpa probada – asentado en una responsabilidad subjetiva –, desde luego no como aquel error en el que no hubiese incurrido una persona prudente y diligente en iguales circunstancias en las que se encontraba el agente que causó el daño, sino en razón de aquellas obligaciones y deberes de conducta específicos que le son exigibles a un profesional.

Sobre el particular, la jurisprudencia del Tribunal de cierre de la justicia ordinaria, tratando el tema de las obligaciones y los deberes que los galenos asumen, ha señalado de forma invariable, lo siguiente:

*"(...) Con relación a las obligaciones que el médico asume frente a su cliente, hoy no se discute que el contrato de servicios profesionales implica para el galeno el compromiso si no exactamente de curar al enfermo, sí al menos de suministrarle los cuidados concienzudos, solícitos y conformes con los datos adquiridos por la ciencia, (...). Por tanto, el médico tan sólo se obliga a poner en actividad todos los medios que tenga a su alcance para curar al enfermo; de suerte que en caso de reclamación, éste deberá probar la culpa del médico, sin que sea suficiente demostrar ausencia de curación".<sup>1</sup>*

Por lo tanto, la responsabilidad civil médica, como especie de responsabilidad profesional que es, está sujeta a los deberes y obligaciones que tal profesión demanda, de ahí que si en las fases de prevención, pronóstico, diagnóstico, intervención, tratamiento, seguimiento y control, se causa daño, demostrados los demás presupuestos necesarios para toda responsabilidad civil, hay lugar a la indemnización plena de los perjuicios.

Finalmente, aclárese que es invariable la línea en la cual se sostiene que tratándose de daños causados en el desarrollo de la prestación del servicio de

---

<sup>1</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia de casación del 30 de enero de 2001. Ex. 5507. M.P. José Fernando Ramírez Gómez.

salud, en cuyo entramado participan Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud, Clínicas, hospitales y médicos,<sup>2</sup> **cuando se ocasiona el daño por varias personas o, en cuya causación intervienen varios agentes o autores, todos son solidariamente responsables frente a la víctima** (art. 2344, Código Civil)

Esa postura se viene sosteniendo incluso desde que la **Corte Suprema de Justicia mediante la Sentencia de Casación del 30 de enero de 2001 (Ex. 5507 M.P. José Fernando Ramírez Gómez)** entendió que la actuación del galeno hace solidariamente responsable a la clínica u hospital al cual se adscribe, en atención a los deberes *in eligendo* e *in vigilando* que nunca le dejan de ser obligatorios por el solo hecho de no ejecutar materialmente la atención médica.

Además, la línea decisoria pasa, entre muchas otras, por las sentencias del 11 de septiembre de 2002 (M.P. José Fernando Ramírez. Exp. 6430), 17 de noviembre de 2011 (M.P. William Namén Vargas Ref. 1999-00533-01), 18 de mayo de 2005 (M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar. Exp. 14415), y se recoge en la proferida el 30 de septiembre de 2016 en cuyo texto así se explican magistralmente las razones que la sostienen:

*«(E)l rompimiento de los moldes clásicos en los que se enmarcaba el ejercicio de la medicina como profesión liberal, caracterizada por las obligaciones emanadas de la relación médico–paciente, ha hecho que el esquema de la responsabilidad civil fundado en la culpa individual se muestre insuficiente frente a las reclamaciones por daños a la salud producidos por la estructura organizacional de las entidades del sistema de seguridad social, pues bajo este nuevo modelo surge una amplia gama de problemas que ameritan una solución distinta a la luz del paradigma de sistemas».*<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. Sentencia del 20 de junio de 2016. Rad.11001-31-03-039-2003-00546-01. M.P. Fernando Giraldo Gutiérrez.

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Civil. *Sentencia del 30 de septiembre de 2016*. Rad. 05001-31-03-003-2005-00174-01. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

## 2. De la carga de la prueba

Es claro que las acciones indemnizatorias que van dirigidas frente al proceder de un profesional de la salud, están gobernadas por el principio probatorio que establece el artículo 167 del Código General del Proceso, por lo que es carga del demandante acreditar sus elementos estructurales, entre ellos, la culpa del facultativo y el nexo causal entre el acto médico y el daño. Esa intelección haya fundamento en la jurisprudencia de la Sala de Casación Civil de la H. Corte Suprema de Justicia<sup>4</sup> referida a que:

«(...) cuando ha existido lesión, y simultáneamente se demuestra negligencia en el facultativo, debe encontrarse 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».**

(negrita fuera de texto)

Ahora, por regla general es al demandante a quien compete probar cada uno de los elementos atrás analizados, habida cuenta que así lo impone la regla de juzgamiento prevista por el canon aludido, pero no puede obviarse que, por virtud del principio de comunidad de la prueba, esta se adquiere para el

---

<sup>4</sup> Cfr. Sentencia SC3272 de 2020.

proceso, pudiendo entonces beneficiar o perjudicar a cualquiera de las partes. Sobre el particular viene al caso el siguiente pasaje doctrinal:

«no se trata de fijar quien debe llevar la prueba, sino quien asume el riesgo de que falte. (...) la carga de la prueba no significa que la parte sobre quien recae deba ser necesariamente quien presente o solicite la prueba del hecho que constituye su objeto, porque en virtud del principio de la comunidad de la prueba, ésta surte todos sus efectos quienquiera que la haya suministrado o pedido, e inclusive si proviene de actividad oficiosa del juez. Por consiguiente, si el adversario o el juez llevan la prueba del hecho, queda satisfecha a cabalidad la carga, exactamente como si la parte gravada con ella la hubiera suministrado. Al juez le basta para decidir en el fondo, sin recurrir a la regla de juicio contenida en la carga de la prueba, que en el proceso aparezca la prueba suficiente para su convicción, no importa de quién provenga. En consecuencia, no es correcto decir que la parte gravada con la carga debe suministrar la prueba o que a ella le corresponde llevarla; es mejor decir que a esa parte le corresponde el interés en que tal hecho resulte probado o en evitar que se quede sin prueba y, por consiguiente, el riesgo de que falte».<sup>5</sup>

Así, la prueba que obre en el proceso debe ser suficiente para acreditar el desvío en el acto médico, en tanto que el juzgador, en línea de principio, desconoce las ciencias, técnicas, procedimientos o tratamientos que en determinado caso deban considerarse acordes a la normalidad que exige la *lex artis*. Por ello se explica la importancia de que el juez acuda al conocimiento científico cualificado, allegado, generalmente, por las partes mediante informes o dictámenes periciales o, para enriquecer el ejercicio de la valoración probatoria, a publicaciones especializadas sobre determinado estado de la ciencia o arte. Sobre el particular la Corte ha expresado que:

«(...) en casos donde se evalúan actividades profesionales o técnicas, la apreciación probatoria exige del juez, en la mayoría de las veces, confrontar el contenido de los elementos de juicio con el conocimiento

---

<sup>5</sup> Devis Echandía, Hernando. Teoría general de la prueba judicial. Tomo I, pág. 484.

científico relacionado con el arte u oficio sobre el que versa el proceso, en procura de comprender su genuino sentido, toda vez que “el conocimiento científico afianzado, como parte de la reglas de la sana crítica, tiene la misma implicación que consultar una enciclopedia, un libro de texto especializado, o un diccionario con el fin de desentrañar el significado de los conceptos generales que permiten comprender y valorar la información suministrada por los medios de prueba”, puesto que “si la técnica probatoria permite y exige valorar las pruebas de acuerdo con las máximas de la experiencia común, con mucha más razón es posible analizar las probanzas según los dictados del conocimiento científico afianzado, sin el cual muchas veces no será posible saber si el órgano de prueba brinda o no una información que corresponde a la realidad” (CSJ, ib.; se subraya).

De ahí que... “[l]a suficiencia o plenitud de la prueba es siempre relativa al tema probandum, por un lado, y al contexto de referencia, por el otro, pues no existe una prueba completa en sí misma (a menos que la ley lo disponga expresamente), sino unos medios que proveen conocimiento con la aptitud o eficacia para explicar las circunstancias en que se basa la controversia, a la luz de un análisis contextual de la realidad social, profesional o técnica en que se dan los hechos que se investigan”». (SC 042 de 2022).

Por manera que la acreditación de la culpa galénica no es intrascendente, tanto más cuando se trata de la atención brindada a pacientes con patologías que requieren tratamientos o procedimientos complejos, en los que la sintomatología del enfermo permite, de cara al estado actual de la ciencia médica, interpretaciones, diagnósticos o conclusiones de variado orden. En un caso de similares contornos al que hoy se plantea el Alto Tribunal<sup>6</sup> enseñó que:

«Por esto, resulta razonable sostener que en el deber de cuidado, el estándar de diligencia esperable en esa concreta prestación no puede extremarse, como lo propone la censura, a reclamar -ex post facto, claro está- que debían haberse desplegado acciones inmediatas **cuando en**

---

<sup>6</sup> Cfr, Sentencia SC 3272 de 2020.

**el paciente se manifestaron los primeros síntomas -equivocos, confusos, enmascarados- de una eventual sepsis.**

**(...) Por ello un posible error de juicio o diagnóstico debido a un cuadro clínico complejo, que dificultaba la adopción de una terapéutica inequívoca, no puede ser fuente de responsabilidad civil.**

Se trata, en últimas... de que la decisión sobre el tratamiento a seguir fuese el correcto. De ahí, el control judicial posterior de esa conducta y decisión no puede partir de la base de los resultados adversos o de la falta de acierto, para concluir que hubo incumplimiento, tardanza, y en definitiva culpa.

Lo anterior conduciría, ni más ni menos, a coartar la libre iniciativa y el criterio profesional del facultativo, para seleccionar el tratamiento correcto **dentro de las opciones ofrecidas por la ciencia**, atendidas las calidades del paciente y los recursos disponibles, si el comportamiento se juzga a la luz de los resultados, en cuyo caso el médico estaría impelido a tomar decisiones a la defensiva, inclusive en detrimento de los usuarios del servicio.

(...) Si bien...la culpa profesional se infiere a partir de lo prescrito para un caso específico en la lex artis, cierto es, precisadas en un proceso las buenas prácticas esperables y comparadas con las desplegadas, en el examen de la conducta profesional de los galenos debe también agregarse -in concreto- otras circunstancias.

Por ejemplo, la experiencia de los galenos (la curva de aprendizaje aludida por uno de los testigos), **la complejidad del caso y la eventual existencia de dos o más diagnósticos razonables dados por la evidencia**, todo lo cual llevará al juez a determinar si en ese complejo campo el error de diagnóstico no fue el resultado de una culpa comprobada, sino la lamentable condición del estado del arte

médico, todavía en numerosos ámbitos con pronósticos inciertos» (sic, negrita fuera de texto)

### **CASO CONCRETO PARA LOS REPAROS**

Habida cuenta que los reproches que dedujo la parte demandante contra la sentencia de primera instancia están relacionados con el análisis de los medios probatorios evacuados al interior del proceso, se abordará su estudio de forma conjunta. Para tal efecto, conviene delimitar brevemente, con apoyo en la historia clínica, la situación fáctica presuntamente generadora del daño, así:

La señora Aleyda Ocampo de Vargas, padecía de hemorragia digestiva del tracto superior (HDTS) severa, úlcera de cameron y hernia hiatal gigante, habiendo ingresado a la Clínica las Vegas el 15 de noviembre de 2018 y 24 de enero de 2019, en ambas oportunidades requiriendo hospitalización. El 6 de febrero de 2019 se le practicó una cirugía antirreflujo gastroesofágico más reconstrucción de esfínter y reparación de hernia diafragmática vía laparoscópica, siendo hospitalizada en las instalaciones de la Clínica, pero el 7 de febrero de 2019, pese a presentar desaturación que mejoró después de aumentar cánula nasal, y considerarse que había riesgo de tromboembolismo pulmonar, atelectasia y neumonía, se consideró por el personal tratante que esta no tenía síntomas que así lo indicaran. El 7 de febrero referido la paciente manifestaba abdomen plano con dolor leve a la palpación profunda y náuseas. Para el 8 de febrero de 2019, si bien persistía su taquicardia y distensión abdominal, no presentaba fiebre. Ya el 09 de febrero de 2019 continuaba con desaturación, distensión abdominal, abdomen blando, náuseas y vómito, pero sin dolor ni fiebre que indicara proceso infeccioso. Además, tuvo mejoría con la terapia respiratoria y se le ordenó placa de torax y gases arteriales para definir posibles causas, cuyo resultado no evidenció complicaciones durante el postoperatorio. El 10 de febrero de 2019, manifiesta deterioro progresivo de disnea que mejora con oxigenación, está hipotensa, con taquicardia, abdomen distendido, dolor leve a la palpación profunda, se sospecha un edema agudo de pulmón y taponamiento cardiaco. Le ordenan ecografía subxifoidea prioritaria para descartar derrame pericárdico asociado a síntomas y cambios electrocardiográficos. Igualmente se sospecha neumotórax oculto versus tromboembolismo pulmonar (TEP) y se le ordena realizar de manera urgente



TAC toracoabdominal y angiotac. Se requiere traslado a UCE, pero que no hay disponibilidad para su traslado inmediato. Es trasladada a unidad de urgencias. Se confirma el TEP, pero debido a una laceración que sufrió en la cirugía inicial no es posible manejarla mediante «trombolisis local selectiva ni trombectomía pulmonar mecánica», por lo que se le suministra soporte inotrópico y se solicita valoración por radiología intervencionista para trombectomía aspirativa y determinar si requiere embolectomía esplénica. Examinadas las ayudas diagnósticas con el apoyo del área de radiología, no se advierten complicaciones intrabdominales que ameritaran reintervención quirúrgica. Se examinan las imágenes con radiología y no se advierte complicaciones intrabdominales. Se descarta re-intervención. Una vez ingresada a la unidad de cuidados intensivos se sospecha de choque séptico (peritoneal), TEP inestable e hipovolémico y se interviene a la paciente mediante una segunda cirugía por laparoscopia, sin lograr identificar fugas en esófago o estómago. Es diagnosticada con un shock séptico de origen intrabdominal, peritonitis generalizada, tromboembolismo pulmonar agudo e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica. El 11 de febrero de 2019, dada la ausencia de mejoría, la paciente es sometida a una laparatomía exploratoria, falleciendo horas después por una falla orgánica múltiple y choque séptico (archivo 22).

Con lo hasta aquí visto, es posible deducir que los médicos dispensaron múltiples atenciones a la paciente, tanto es así que el recurrente no lo cuestiona, dado que, como indicó en su interpelación, *«[n]unca se ha argumentado la falta de atención de la causante, por el contrario, se acude al error en la misma y/o en los diagnósticos, y quedó comprobado y no es motivo de discusión que todos los esfuerzos se centraron en un padecimiento que no era el causante de la complicación de la demandante»*. En ese contexto, es irrefutable que el desvío endilgado a los galenos tratantes se concreta en un presunto error en los diagnósticos y en la atención que fue dada a la señora Ocampo de Vargas por no haber determinado oportunamente la causa de las afecciones en su salud, principalmente la peritonitis.

Siendo ello así, cumple recordar, tal como se explicó en el acápite considerativo de esta decisión, que para la imputación de la responsabilidad incoada debe hallarse probada la incorrección de la conducta médica a partir de la

acreditación de un proceder contrario a la normalidad que demanda la *lex artis ad hoc*, lo cual implica, como resulta lógico, que se evidencie cuáles eran las conductas que de acuerdo al caso concreto debían haberse seguido, por así deducirse de los parámetros definidos por la ciencia médica, la ley o el reglamento sanitario.

Perfilados a ese fin, los extremos procesales allegaron sendos dictámenes periciales. Así, el elaborado a instancia de la parte demandante por el médico Jaime Efraín Enríquez Zarama, especialista en medicina interna, nefrología y magister en epidemiología clínica, quien ofreció como análisis y concepto:

«1. Paciente de edad avanzada (71 años), hipertensa, con alto riesgo de cirugía propuesta. Se hubiera **preferido manejo médico** por gastroenterólogo de hernia hiatal con ulcera de cameron. En estudios de investigación se encuentra que las lesiones de cameron son más frecuente en el contexto de la hernia hiatal con uso intensivo de medicamento antiinflamatorios, pueden asociarse con hemorragias gastrointestinales y pueden responder al tratamiento médico con medicamentos. En la revisión de la literatura médica e investigaciones se encuentra: 1. Que las opciones de manejo en el entorno electivo son controvertidas y la reparación quirúrgica no puede justificarse fácilmente para una condición mínimamente sintomática, especialmente en un paciente anciano y quizás frágil.

2. La presencia de una hernia grande complica la reparación de la hernia paraesofágica. Se describen varias estrategias de manejo intraoperatorio. El manejo de las fugas y perforaciones identificadas después de la operación depende del estado clínico del paciente. **La identificación temprana y la intervención expedita son primordiales en el manejo general de las complicaciones.**

3. Las complicaciones derivadas de la laparoscopia potencialmente mortales incluyen lesiones en las vísceras...y las infecciones como peritonitis.

En la paciente se decidió manejo quirúrgico y se realizó laparoscopia, pero al encontrar gran cantidad de adherencias hacia el hilo esplénico y que al liberarlas se produjo sangrado por lesión de bazo, se debió pasar inmediatamente a cirugía convencional abierta –LAPARATOMÍA- y realizar la corrección de hernia hiatal con menor probabilidad de complicaciones, desde la primera intervención quirúrgica que se le realizó y eso se demostró en la tercera cirugía que fue por LAPARATOMÍA encontrándose al deshacer la funduplicatura de la primera laparoscopia, se evidenció uno de los puntos fúndicos del estómago con NECROSIS y a la palpación se evidenció SALIDA DE material gástrico y contaminación de la cavidad abdominal con material

hemopurulento que produjo la peritonitis y finalmente muerte de la paciente.

Al segundo día (7 feb/19...) se encuentra...saturación 88%...leve dolor abdominal y nauseas...y la conducta terapéutica fue Buscapina intravenosa... En esta situación clínica debió investigarse la causa del dolor, que luego se enmascaró por el uso de analgésico intravenosos. Lo correcto era suspender analgésicos y evaluar la evolución de la paciente, para definir oportunamente si requiere una nueva cirugía de manera temprana, tal como se recomienda en la literatura médica, en el postoperatorio de la laparoscopia...Al tercer día... su evolución es inadecuada con deterioro progresivo...y ya para ese momento debió haberse definido un manejo quirúrgico de LAPARATOMÍA EXPLORADORA...Al cuarto día...se evidencia mala evolución por HIPOTENSIÓN, DOLOR ENMASCARADO por analgésicos, ANEMIA, HIPOXEMIA... DERRAME PLEURAL... A pesar de valoración por medicina interna y cirugía. NO SE DETECTA INFECCIÓN y ya estaba cursando con PERITONITIS...Entre más pronto se hubiera detectado la complicación postquirúrgica –infección- peritonitis, que se originó por la necrosis del estómago en unos de los puntos, había más probabilidad de sobrevivir. Cuando se intervino la segunda vez que ya fue tardía, debió hacerse cirugía convencional –LAPAROTOMÍA y NO LAPAROSCOPIA-, por ello no se detectó la causa de la peritonitis, lo cual se encontró al día siguiente en la tercera cirugía por método convencional –vía abierta-...pero ya fue demasiado tarde y a las 6 horas después FALLECE. Como conclusión, la cirugía laparoscópica en esta paciente no está contraindicada, pero era de alto riesgo con aumento de lesiones, tal como ocurrió... pues al liberar la gran cantidad de adherencias el hilo esplénico se produjo sangrado por lesión de bazo y además alto riesgo de complicaciones tal como la peritonitis que presentó la paciente...».

Para el perito, además, no se cumplieron los atributos de calidad en la atención de la paciente, y que han sido definidos por el Ministerio de Salud respecto a la continuidad, oportunidad, accesibilidad y pertinencia.

Sobre su experiencia comentó nunca haber realizado una cirugía laparoscópica, laparatomía o de reparación de hernia diafragmática.

En audiencia ratificó sus conclusiones y explicó que «las complicaciones inherentes a la cirugía [inicial] que se planteó y que se hizo, bien se conocieron y fueron objeto de análisis y de explicación por parte de los médicos tratantes hacia la familia. Por ende, era ya una situación conocida lo que podría haber pasado». Dijo que la alternativa quirúrgica para tratar las dolencias de la

paciente, era también viable, pero que a causa de «los riesgos que se había avizorado desde el principio, era muy importante estar muy atentos a la detección oportuna de las complicaciones para dar un tratamiento adecuado...y oportuno...». Consideró que a causa del síndrome adherencial que se advirtió en la primera cirugía laparoscópica, que causó hemorragia intraoperatoria que «se logró resolver, pero que a su vez ya daba situaciones de que no se tenían un campo expedito quirúrgico para hacer las correcciones que se hicieron...una de las opciones» que él planteó «es que se pudo haber tomado la decisión que de cirugía laparoscópica se pasara inmediatamente a la cirugía abierta de laparotomía para hacer una corrección que permitiese hacerla más completa y a su vez evitar futuras complicaciones». Dijo que sin conocerse la causa del dolor abdominal que presentó la paciente no era recomendable iniciar el tratamiento farmacológico, suministrando buscapina, porque enmascaraba los signos de las causas de las dolencias, como la peritonitis. A su juicio se presentaron signos de peritonitis desde el segundo día de hospitalización. Sugirió que desde ese momento se podía haber realizado un «TAC toracoabdominal o una resonancia magnética que... pudiera detectar de manera precoz si algo en el campo operatorio estaba sucediendo» pero que «lamentablemente no se hizo eso». No cuestionó la cirugía sino el hecho de no haberse detectado las complicaciones oportunamente, pues sugiere que debió hacerse laparatomía exploratoria dos o tres días con anterioridad al 11 de febrero de 2019, y al preguntarle: «usted tiene conocimiento de cuál fue el resultado de la tomografía abdominal que se le realizó el 10 de febrero» a la paciente, contestó «justamente me llamó la atención de que el 10 de febrero la tomografía que pidieron toracoabdominal no la encontré en el informe, y asumo que por la situación cítrica se pasó sin esa laparotomía a hacer ya...la parte de procedimiento quirúrgico, no la conozco». Manifestó que en la historia clínica se indica que «se solicita la tomografía urgente, pero no [tuvo] conocimiento del resultado...».

Pues bien, el esbozo probatorio que viene de hacerse, analizado en conjunto con los restantes medios de persuasión, conduce a este Tribunal a establecer que la conducta adoptada por el personal médico que atendió a la señora Aleyda Ocampo de Vargas no puede tildarse de equivocada, menos aún por

La cirugía a la cual se sometió la paciente comportaba múltiples riesgos. Así lo hizo saber no solo el perito convocado por la parte demandante, según se vio, sino también el médico Félix Mauricio Corrales Santa, Cirujano General, Vascular y de Trasplante de Órganos, adscrito al Cendes, quien rindió el dictamen que allegó la parte demandada. En ese aspecto la prueba es concluyente, así como el hecho de que a la paciente se le informaron los riesgos que estaban asociados a la cirugía que se le iba a practicar (infección, muerte, reintervención, etc.) y que la misma asintió al respecto.

 <p><b>Las Vegas</b> Clinica En las mejores manos</p>	CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS		EDICIÓN 1
	<b>UNIDAD FUNCIONAL:</b> Apoyo administrativo <b>PROCESO:</b> Gestión de la información/ Gestión de la información corporativa		CÓDIGO F-POADS 3.3.1-55
	FECHA EMISIÓN 17/04/2015	FECHA DE ACTUALIZACIÓN dd/mm/aaaa	

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 05/04/19

**Identificación del paciente**

Nombres y Apellidos completos: Alexda Occampo  
 Tipo de documento: CC Número de documento: 969705  
 Edad (años y meses): 18 años Número de historia clínica: 18011  
 Diagnósticos: 1. Herida 2. Hist. de

**Identificación de la persona responsable**

Nombres y Apellidos completos: \_\_\_\_\_  
 Tipo de documento: \_\_\_\_\_ Número de documento: \_\_\_\_\_  
 Relación o parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_  
 Habilitado para representar al paciente/ tipo/ fundamento: \_\_\_\_\_

**Información sobre procedimientos principales, adicionales y asociados o complementarios:**

Nombre / descripción del procedimiento o tratamiento: Indoplicatura

**Los siguientes son riesgos previstos:**

1. Infección	2. Sangrado	3. Reacción alérgica
4. Lesión de órgano vecino	5. Esquema o inflamación	6. Lesión de nervios
7. Paro Cardiorespiratorio	8. Lesión vascular	9. Estados de coma
10. Lesiones neurológicas	11. Amputación de miembros	12. Dolor
13. Daño de material utilizado	14. Cicatrices	15. Náuseas vómito
16. Dolor de cabeza	17. Efectos secundarios a medicamentos	18. Muerte

Observaciones: \_\_\_\_\_

Otros riesgos y los relacionados con enfermedades preexistentes:  
Surgido, infección, muerte, Reinternación, anomalía, lesión de otros órganos, ex abierta.

DECLARO:

**PRIMERO:** Por medio de la presente yo \_\_\_\_\_, identificado con \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, actuando en nombre propio y/o en representación de \_\_\_\_\_ menor de edad o persona que se encuentra con incapacidad para responder y decidir por sí mismo; habilitado legalmente para actuar de manera clara, sencilla y suficiente, que he podido hacer las preguntas pertinentes y que he comprendido satisfactoriamente los siguientes aspectos concernientes al procedimiento o tratamiento que me va a ser realizado:

COD: 800098

- El tipo, nombre y descripción detallada en qué consiste el procedimiento, qué se pretende con él, cuáles podrían ser los riesgos previsibles de mayor ocurrencia que pueden correrse con este tipo de procedimientos o tratamientos, y cuáles sus posibles consecuencias.
- Que me han explicado las distintas alternativas terapéuticas existentes. Libre y voluntariamente he escogido, el procedimiento que se va a realizar.
- Que me han explicado que se pueden requerir actividades adicionales tales como la realización de pruebas diagnósticas de cualquier tipo (laboratorio, radiografías, electrodiagnóstico, ecografías, etc.); el suministro de medicamentos, sangre, hemoderivados y líquidos parenterales; o actividades complementarias tales como terapias, instalación de catéteres, sondas o dispositivos de cualquier tipo, y en general cualquier actividad adicional que se requiera para el manejo integral.
- Que me han informado sobre el derecho a preguntar sin ninguna restricción sobre lo que quiera saber acerca del procedimiento o actividad que me van a realizar, sobre el derecho a consultar con mis familiares o con quien estime pertinente, sobre el derecho a solicitar se me conceda una segunda opinión especializada, sobre el derecho a revocar mi decisión en cualquier momento, a no continuar con el procedimiento o tratamiento indicado, o a retirarme de la institución, bajo mi propio riesgo y responsabilidad.
- Que me han informado y explicado sobre los convenios docente asistenciales que contempla la Clínica con instituciones educativas certificadas, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente.

**SEGUNDO:** Que con base en lo anterior he decidido de manera libre, voluntaria e informada SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ autorizo someterme al procedimiento o tratamiento propuesto y correr los riesgos previstos que ello acarrea, así como todas las demás actividades relacionadas que son necesarias para realizar una atención completa e integral, sin que sea necesario expresar de nuevo mi voluntad por escrito en este sentido, salvo en aquellos casos que se requiera un nuevo procedimiento o tratamiento distinto que no me han descrito y explicado y sobre el cual no he expresado mi consentimiento.

**TERCERO:** Que manifiesto que recibí la información y explicaciones necesarias, que comprendí a satisfacción todo lo que me fue dicho y presentado, que tuve la oportunidad de hacer las preguntas necesarias, que conozco y entiendo las implicaciones del presente consentimiento, y que los espacios en blanco fueron diligenciados en mi presencia, que el presente formato de consentimiento me fue entregado para mi lectura antes de que se iniciara cualquier procedimiento, y que tuve el tiempo necesario para leerlo y consultarlo si así lo estimé pertinente.

**CUARTO:** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ autorizo la obtención de fotografías, videos, registros gráficos o entrevistas durante la ejecución del procedimiento y/o tratamiento, para ser difundidos en textos médicos u otros ámbitos científicos, o como material de utilidad para el profesional en el manejo del procedimiento y/o tratamiento, siempre resguardando la privacidad mi identidad o de él representado.

**QUINTO:** Así como también SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ autorizo la participación de estudiantes que estén bajo la supervisión de un profesional y que cumplan con los lineamientos del convenio.

Para constancia se firma en: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ / Hora: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente y/o Responsable: Alexda Occampo

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

**Camilo Vásquez Maya**  
 Cirujano general  
 CC. 1.126.276.808  
 RM. 24530

Firma del Profesional: [Firma]

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_

Ahora, para el perito Enríquez Zarama (de la parte demandante), durante el postoperatorio la paciente presentó síntomas de peritonitis desde el 7 de febrero de 2019, día siguiente a la primera cirugía, referentes a reducción de la saturación y dolor abdominal, por lo que sugiere que no debió suministrársele buscapina, sino que lo recomendable era esperar su evolución e identificar la causa del dolor. Observa este Tribunal que en la historia clínica se consignó por la médica general María Sarah Restrepo Pérez, a las 04:56 del 7 de febrero de 2019:

*«(...) Se atiende llamado de enfermería, paciente a quien auxiliar de enfermería al monitorizar encuentra con SATO2 85%, que desciende hasta 80% completamente asintomática cardiopulmonar, sin sensación de disnea, sin dolor torácico, no taquicárdica, afebril. Se aumenta SATO2 4 litros/min con cánula nasal, alcanzando SATO2 92-93%. Paciente refiere que estaba dormida en el momento que monitorizaron, pero no ha presentado dolor episódico durante la noche tolerable. Niega sensación de disnea Niega tos. Refiere antecedente de extrabaquismo 3-4 cigarrillos día hasta hace 0 años.*

*(...)*

*Durante monitorización de signos vitales de enfermería encuentran descenso de saturación hasta 85% -80% aislada, que mejoró después de aumentar cánula nasal a 4 litros/min y acomodación de posición de paciente en cama, no encuentro ningún hallazgo patológico al examen físico, si bien en POP hay riesgo de TEP, atelectasia, incluso Neumonía no encuentro hallazgos para pensar en estas patologías y la paciente está asintomática, considero que por dolor se pudo restringir la expansión torácica y se disminuye entrada Capacidad pulmonar, estaremos pendientes de evolución, explico a paciente hallazgos al examen físico, plan a seguir (observación) y estaremos atentos al llamado ante cualquier signo cardiovascular, alteración de examen físico o dolor». (sic)*

También se documenta que el médico cirujano Camilo Vásquez Maya, a las 8:00, atendió a la paciente y describió que esta se encontraba en buenas condiciones y tranquila, con abdomen plano y dolor leve a la palpación. Y en

su análisis dice: «*buena evolucoin pero con desaturacion, requiere terapia respiratoria con incetivador. se le explica que debe deambular. ordeno paraclínicos para mañana*»(sic). En consecuencia, ordenó terapia respiratoria y hemograma completo.

A las 19:48 es atendida por la médica general Maira Alexandra Tete, quien en su análisis planteó: «Paciente con diagnósticos descritos, en el momento con leve dolor abdominal y náuseas, se indica manejo médico, se estará atentos a evolución clínica». Ordena Buscapina compuesta y metoclopramida.

De las mencionadas anotaciones, se extrae que la paciente presentaba leve dolor abdominal y náuseas, signos que si bien podrían indicar una peritonitis, según la enunciación que hizo el perito del CENDES, al referirse a que en dicha condición los pacientes presentan: «Dolor abdominal o sensibilidad al tacto. Hinchazón o sensación de pesadez en el abdomen. Fiebre. Náuseas y vómitos. Pérdida del apetito. Diarrea. Baja producción de orina. Sed»; en este caso no parecen determinantes de la misma, pues nada se dice sobre si el leve dolor abdominal y las náuseas podían ser producto de la cirugía practicada el día anterior. Recuérdese que la misma fue en el estómago, de donde podría colegirse posiblemente esa sintomatología. Sobre ese aspecto las pruebas adunadas por la parte actora no ofrecen mayor explicación, menos aún para entender que una paciente sometida a un procedimiento quirúrgico tan complejo no deba recibir ningún tipo de analgesia o medicamentos para el dolor, como por ejemplo la buscapina. Es más, como lo expresó el perito del CENDES «los analgésicos tiene unas escalas de manejo... uno empieza con los analgésicos suaves, donde está el acetaminofén, la buscapina, y va subiendo de escala hasta más fuertes, tercera o cuarta escala que son ya los opiáceos, la morfina... entonces después de esta cirugía con seguridad la paciente necesitaba analgésicos, el de haber colocado buscapina o algo y hasta morfina... si uno desea que la paciente este tranquila desde el principio, uno lo puede hacer. El punto de colocar analgésicos tiene que ir de la mano de estar vigilando completamente las otras cosas... que no haya taquicardia, vómito, salida de secreciones o pus o bilis por las heridas...estas otras cosas mayores no sucedieron... la analgesia con que fue tratada desde el punto de

vista médico me parece normal para esa intervención...» (archivo 53, minuto 46:40).

En cuanto a la desaturación, del acervo probatorio no se infiere que esta haya sido indicativa de la peritonitis. Es más, el perito aludido explicó que «La desaturación entre 80 y 85% puede tener una causa multifactorial, dolor, atelectasias, sobrecarga hídrica, derrame pleural, trombo embolismo entre muchas otras. Inicialmente se soporta con oxígeno según requerimiento, diuréticos venosos, terapia respiratoria, monitoreo permanente, exámenes y estudios radiológicos según evolución». Y que «Devolver el estómago a la cavidad abdominal, la lisis de las adherencias pleurales o pericardicas y la disección del hiato esofágico pueden originar cambios en la presión de tórax, atelectasias o derrames pleurales o cardiaco que pueden originar una desaturación».

Adicionalmente, como se verá más adelante la paciente fue diagnosticada con un tromboembolismo pulmonar que conforme a dicha pericia causa «dolor torácico, desaturación, mareo, dificultad respiratoria, taquicardia y respiración rápida».

El registro clínico siguiente data del 8 de febrero de 2019. Allí se menciona que la paciente es atendida a las 08:19 por el cirujano general Camilo Vásquez Maya, quien describe que aquella presenta buenas condiciones, está tranquila y «sin distres respiratorio franco fc 94 so2 94% sin canula cp normal». Igualmente, que está «**sin fiebre, pero persiste taquicardica, un poco distendida**» por lo que la deja «24 horas más de vigilancia para realizar hb y hto de control para mañana». Ordena exámenes de laboratorio: creatinina en suero, hemograma completo, sodio, potasio y magnesio. Así, de la historia clínica se deduce que la sintomatología que la paciente presentó hasta el 8 de febrero de 2019, era de similar orden a la del día anterior.

Ya el 09 de febrero de 2019, a las 06:22, la médica general Natalia Milena Morantes Correa describe que la paciente está tranquila, asintomática, con discreta palidez mucocutanea «abdomen distenido blando depresible **sin dolor**» (sic). Y en análisis resume:



«Pop hace 3 días CIRUGIA ANTIREFLUJO POR LAPAROSCOPIA - CORRECCION DE HERNIA HIATAL, con episodio de desaturación asintomática hace 2 días, viene con incentivo respiratorio y en vigilancia con laboratorios de control hoy ignoraba en la normalidad, sin rfa, con descenso de hb de 11.6(de ingreso) a 8.1 hoy. Con desaturación 71% ambiente durante la noche, subió con cánula a 85% máximo, por lo cual se escala fio2, actualmente con ventury al 50% sat 89% con ligeros crepitos basales, sin brocoespasmo ni áreas de hipoventilación. Sin signos de sobrecarga. **Llama la atención distención abdominal, sin dolor, abdomen blando, solicito placa de torax y gases arteriales como paraclínicos iniciales para esclarecer causal. No tiene alteración en rfa que hagan pensar en proceso infeccioso.** Restricción por distención abdominal? Paciente fue fumadora 4/cig día hasta hace 10 años, no ha sido o2 requiriente. **Se comentará con cx tratante**». En dicha oportunidad se dispuso como plan: «**rx de torax ahora, gases arteriales sin oxígeno, monitoreo continuo, avisar cambios**» (sic).

A las 8:15, en valoración realizada por la médica general Maria Sarah Restrepo Pérez, en compañía de la cirujana de turno, Maria Clara, examinan a la paciente y se indica:

«Paciente estable hemodinamicamente, afebril, no luce toxico. PA 114/70 fc 77 sato2 91% Venturi 50% Pupilas isócoricaa, reactivas, escleras anictericas Torax símetrico , normoexpansivo, no signos de dificultad respiratoria Murmullo vesicular conservado, no sobreagregados pulmonares, no hipoventilada RsCSRS sin soplos , sin alteracion del ritmo Abdomen: blando, distendido, depresible, **no dolor a la plpacion**, sin liquido libre en cavidad, no palpo colecciones, heridas quirurgicas sanas, con buena evolucion, sin estigmas de sangrado , sin signos inflamatorios. Peristaltismo disminuido . No signos de irritacion peritoneal. Extremidades: **sin edemas** , trofica,s no hipoperfundidas. Nuero: sin deficit.» (sic). Y en el análisis se menciona: «(...) Paciente de 71 años, con antecedente de hernia hiatal gigante, Osteoporosis, HTA,

dislipidemia, quiste ovárico, en POP día 3 de corrección de hernia hiatal y cirugía ante reflujo sin complicaciones. En POP inmediato presentó desaturación como hallazgo incidental durante la madrugada, resolvió con oxígeno suplementario por cánula nasal y se inició incentivo respiratorio. Ahora en la madrugada de hoy vuelve a presentar desaturación con cánula nasal, hubo que escalonar a venturi, llama la atención que no se observa con signos de dificultad respiratoria, no se observa álgida y no encuentro sobreagregados pulmonares, al valorar paraclínicos tomados en la madrugada se observa leve descenso de hemoglobina, hemodilución, sin criterios de transfusión, con descenso de 1.6 gramos con respecto a HB previa, no leucocitosis, no reactantes de fase aguda, no alteración hidroelectrolítica, función renal conservada, con gases arteriales que muestran **hipoxemia**, no trastorno metabólico y con tendencia a alcalosis respiratoria y acidosis metabólica compensatoria pero PH NORMAL, probablemente porque esta hipoventilada y con capacidad pulmonar restringida por cambio de presiones a nivel abdominal/torax, ya con terapia respiratoria se está mejorando esta parte, **en mi concepto no observo complicaciones de POP, no hay neumopertoneo en placa de torax, no hay dolor abdominal, y se observa en radiografía de torax xardiomegalia y derrame pleural bilateral, considero que se debe descartar un falla cardiaca de base, solicito interconsulta por medicina Interna e inicio manejo con diurético IV. Se valora paciente con dRA Maria clara, cirujano de turno, quien recomienda manejo y está de acuerdo con conducta tomado. Esperamos nueva valoración por cirujano tratante quien ya está enterado de paciente.»** (sic).

A las 10:11 el cirujano Camilo Vásquez Maya registra que la paciente se siente bien, sin fiebre y que tolera dieta «abdomen levemente distendido **sin dolor leve a la palpación profunda**», **heridas secas**, pero empeora la disnea sin el venturi. En su análisis explicó: «pop de hernia hiatal gigante. progresión del o2 suplementario, no neumotorax no se abrió la pleura en la cirugía, atelectasia izquierda en el sitio donde estaba el estómago. la causa de la disnea muy probablemente restrictiva. **se solicito medicina interna por parte de**

**medicina general, esperamos su concepto»** (sic). Ordena exámenes de hemoglobina y hematocrito.

A las 10:50 el internista Manuel Fernando Dávila Rodríguez, indica que la paciente **no tiene datos de infección actual** y que se espera mejoría con la terapia respiratoria que se le está realizando.

A las 16:19 la médica general Laura Victoria Correa expresa que la paciente tiene «Buenas condiciones generales, alerta, orientada, hidratada...sin soplos, murmullo vesicular conservado sin agregados, abdomen doloroso a la palpación generalizada, pero sin signos de irritación peritoneal. Llenado capilar menor de 2 segt, no encuentro déficit neurológico, motor ni sensitivo». Pero debido a que tiene «nausea y vómito en una ocasión» dispuso «tratar de forma sintomática» y evaluar «la respuesta», pues no encontró «signos de alarma».

De las atenciones de dicho día, se puede concluir que la paciente presentaba derrame pleural, disnea, vómito en una oportunidad, pero sin signos de alteración que hicieran pensar en proceso infeccioso, tal como se explicó por medicina general, en compañía de la especialista en cirugía de turno, y por el internista. Lo anterior halla correspondencia con lo concluido por el perito del CENDES, quien al preguntarle «si en las primeras 72 de horas del POP existieron manifestaciones clínicas en la paciente que hicieran sospechar una peritonitis» contestó: «Por el reporte de esta historia y las notas de evolución, las primeras 72 horas aparte de 2 episodios de desaturación interpretados como patología pulmonar vs trombo embolismo, **no hay ningún signo de peritonitis**, reportan solo una leve distensión **abdominal sin dolor**» (archivo 22).

El 10 de febrero de 2019, siendo las 06:36, se reseña que la paciente «cursa durante la noche con empeoramiento progresivo de disnea, que requirió escalonar oxigenación a máscara de no reinhalación con mejoría, al examen físico hipotensa, lo cual podría ser secundario a opioide, taquipnea, murmullo vesicular disminuido bilateral... **Sospecha diagnóstica: edema agudo de pulmón, taponamiento cardiaco. Ajusto manejo diurético, solicito imagen para apoyar diagnósticos...**». En consecuencia, se ordena

ecografía subxifoidea prioritaria para descartar derrame pericárdico asociado a síntomas y cambios electrocardiográficos.

A las 7:31 es valorada por el cirujano Camilo Vásquez Maya, quien indica que la paciente presenta abdomen distendido, dolor leve a la palpación profunda y desaturación progresiva. Explica que la complicación al parecer es respiratoria y sospecha neumotórax oculto versus tromboembolismo pulmonar (TEP). Ordena realizar de manera urgente **TAC toracoabdominal y angiotac**. Expresa que se requiere traslado a UCE, pero que no hay disponibilidad.

A las 8:01 la valora la médica general Natalia Milena Morantes Correa, quien afirma encontrar paciente en mal estado, hipotensa, desaturada, taquicárdica y sin deterioro neurológico. Que no hay cama en UCE, por lo que comenta en urgencias y UCI, pero ante la falta de disponibilidad de esta última es **«aceptada por Dr Cardona Urgentologo se traslada de inmediato, al moemnto reanimcion con bolo de lev para mejorar presion mientras se inicia soporte vasopresor»**. (sic)

A las 9:50 la examina el cirujano Camilo Vásquez Maya, quien indica en su análisis: «se sospechó TEP, realizó angiotac emergente el cual es **positivo para TEP**, se inicia anticoagulación en conjunto con urgentología. **Se ve en conjunto las imágenes con radiología y no hay complicaciones intrabdominales. Por ahora sin indicación de reintervención**, requiere cuidado en UCE, ecocardio para ver si hay repercusión de cavidades derechas».

A las 10:02 se relata por el área de urgentología «PACIENTE QUE PRESENTA CONFIRMACION DE TEP POR ANGIOTOMOGRAFIA, PRESENTO EVENTO UNICO TRANSITORIO DE HIPOTENSION, **EN EL MOMENTO HEOMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN EVIDENIC ADE FALLA CARDIACA, SE INICIA ANTICOAGULACION CON HBPM**, VIGILANCIA ESTRECHA, **EN ESPERA DE TRASLADO A UCI**, SE DEJA SOLICITUD DE INTERCONSULTA A M INTERNA» (negrita extra texto).

A las 10:17 el cirujano Camilo Vásquez Maya expresó: «paciente con TEP, estabilidad hemodinámica limítrofe con altos requerimientos de oxígeno. presentamos leve laceración esplénica en la cirugía por lo que no se dejó con trombopprofilaxis por alto riesgo de sangrado. Ahora se debe anticoagular, pero sugiero considerar trombectomia mecánica ya que no me parece viable trombolisi por lo descrito. Dejo este criterio a medicina interna, solicito concepto urgente por radiología intervencionista».

A las 11:05, el urgentólogo David Cardona Ceballos indicó que esta «PENDIENTE TRASLADO A UCE, SE COMENTA CASO CLINICO CON EL SERVICIO DE HEMODINAMIA Y CX VASCULAR, **ANTE SU ANTECEDENTES POP Y SU LACERACION ESPLENICA NO ES CANDIDATA A TROMBOLISIS LOCAL SELECTIVA NI TROMBECTOMIA PULMONAR MECANICA**, SE CONITNUA MANEJO MEDICO DE VIGILANCIA ESTRECHA HEMODINAMICA, ANTICOAGULACION CON HBPM.I».

A las 11:19 el internista Manuel Fernando Dávila Rodríguez, manifestó que se «está en espera de paso a UCE/UCI y definir manejo trombolitico local para ofrecer beneficio reduciendo riesgo de sangrado mayor, si no se logra en la institución se recomienda remitir. Paciente comentada telefónicamente con hemodinamia y cx CVC».

A las 12:00 el urgentólogo expresa que «**SE INICIA SOPORTE INOTROPICO DE LA PACIENTE, ANTE LA LIMITACION Y CONTRAINDICACION PAR ATROMBOLISIS LOCAL**, TROMBECTOMIA LOCAL, SE SOLICITA VALORACION POR RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA PARA TROMBECTOMIA ASPIRATIVA Y DETERMINAR SI REQUIERE EMBOLECTOMIA ESPLENICA».

A las 16:38 el médico general Andrés Román Álvarez Chaparro, deja constancia de la evolución de la paciente en la unidad de cuidados especiales, así:«Dx: 1. **Choque de origen por esclarecer - sospecha séptico (peritoneal) vs TEP inestable vs hipovoemico**. 2. Derrame pleural izquierdo - Hemotorax? 3. TEP lobar superior izquierdo e inferior derecho. 4. POp de corrección hernia

hiatal + cirugía antireflujo». También indica que **la paciente se traslada a cirugía emergente.**

A las 19:00 se documenta que a la paciente le fue practicada por el cirujano José Luis Niño Camacho un «DRENAJE DE ABSCESO INTRAPERITONEAL SUBFRENICO O SUBDIAFRAGMA, LAVADO PERITONEAL TERAPEUTICO VIA LAPAROSCÓPICA, LISIS DE ADHERENCIAS PERITONEALES POR LAPAROSCOPIA SOD, TORACOSTOMIA PARA DRENAJE CERRADO (TUBO DE TORAX) SOD». Durante el procedimiento se halló «absceso subfrenico izquierdo 50cc aproximado liquido purulento fétido, abundantes restos de fibrina en lecho quirúrgico, liquido turbio fétido perihepático y en goteras parietocolicas síndrome adherencial en espacio subdiafragmatico izquierdo, **funduplicatura con desgarro de punto superior sin lograr identificar fugas en esófago o estómago**, liquido pleural citrino pte inestable durante todo el procedimiento» (sic).

A las 19:14 se indica que el diagnóstico principal es un shock séptico de origen intrabdominal, **peritonitis generalizada**, y como diagnósticos recientes los de tromboembolismo pulmonar agudo e insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica.

La situación médica de la paciente durante el 10 de febrero de 2019, registrada en su historia clínica, da cuenta que en razón del abdomen distendido, dolor leve a la palpación profunda y desaturación progresiva que padecía, se le ordenaron de manera prioritaria y urgente las ayudas diagnósticas de ecografía subxifoidea para descartar derrame pericárdico asociado a síntomas y cambios electrocardiográficos, al igual que un TAC toracoabdominal, angiotac, y su traslado a UCE. Con dichos exámenes se diagnosticó un tromboembolismo pulmonar, pero no se evidenciaron complicaciones intrabdominales. No obstante, una vez ingresó a la UCI se decidió intervenirla mediante una laparoscopia exploratoria, «se instila azul de metileno por SNG sin evidenciar fugas en esófago o estómago», mecanismo que de acuerdo a la declaración rendida por el perito Enríquez Zamara (de la parte demandante), se utiliza «usualmente [por] los cirujanos... para ver por dónde está escapando. Eso es como un medio de contraste que le permite de manera visual mirar por dónde

está escurriendo el azul de metileno y saber dónde está la fuga. Esa es una ayuda...» (archivo 48 hora 1:07:43). Luego de la laparoscopia es diagnosticada con peritonitis generalizada.

Para esta Sala, los médicos ordenaron los exámenes que consideraron necesarios, entre ellos el TAC toracoabdominal que el perito Jaime Efraín Enríquez Zarama (de la parte demandante), argumentó que debía haberse realizado desde el 7 de febrero de 2019. Ahora, en el interrogatorio a dicho profesional este dijo no haber conocido el resultado de dicho examen, y pasó por alto que de acuerdo a la anotación que antes se subrayó, el cirujano Camilo Vásquez Maya examinó, en compañía de radiología, las imágenes diagnósticas resultantes, sin deducir de ellas complicaciones intrabdominales.

El especialista Enríquez Zamara también cuestiona que no se haya realizado el 10 de febrero de 2019 la laparotomía, en lugar de la laparoscopia, ya que, sostuvo, esa fue una de las causas por las que no se detectó oportunamente la peritonitis. Pero esa afirmación adolece de precisiones, ya que no explica por qué la laparoscopia no estaba indicada y porque con ella era imposible detectar la peritonitis. Además, no correlaciona situaciones puntuales referidas a los riesgos y beneficios que debieron sopesarse por los médicos encargados de la cirugía, como las probabilidades de muerte o agravación de la situación de la paciente, tanto más cuando en su declaración explicó que la «laparoscopia es un método menos invasivo que utiliza un equipo que llama laparoscopio y por una incisión muy pequeña, entra en el aparato y miran la cavidad, el sitio donde están interviniendo, en este caso cavidad abdominal. Y con... este tipo de estudio, de equipos laparoscópicos, permiten mirar por dentro el abdomen sin abrirlo. A diferencia de la laparotomía, que es abrir el abdomen», aclarando incluso que en «la laparoscopia se hace una incisión de más o menos unos dos 2 a 2 y ½ cm, máximo 3, a través del cual se introduce laparoscopio, después se llena de un gas... y entonces permite una visualización de lo que está pasando, pero sin abrir el abdomen, sino por una herida pequeña. En cambio la laparotomía hay que abrir 10, 15 cm el abdomen y queda expuesto todo el campo quirúrgico...». (archivo 48 hora 1:02:51).

Tampoco tuvo en cuenta que las imágenes diagnósticas no mostraban una complicación intrabdominal que hiciera necesaria una laparotomía inmediata (memórese que aquel afirmó no conocer el resultado de las mismas), ni auscultó sobre lo que enseña el conocimiento científico respecto a las probabilidades de que en los puntos de la funduplicatura se presentara la necrosis. Sobre este último aspecto el perito del CENDES dijo que la necrosis de un punto de la funduplicatura era una situación probable debido a las condiciones de la propia patología de la paciente, pero que en términos generales la posibilidad de ocurrencia es menor al 3%. Esos dichos resultan coincidentes con los del cirujano tratante Luis Felipe Vanegas Restrepo, quien declaró ante el juzgado «la necrosis de un punto... de la funduplicatura... es absolutamente raro. Primero, porque de los órganos más bien vascularizados que tiene el organismo es el estómago, por una serie de irrigaciones anatómicas que él tiene. De hecho, el estómago tiene cuatro vasos principales que están interconectados a la pared del estómago y si uno desconecta 3 vasos de esos 4 el estómago vive tranquilamente y sin ningún problema y no va a hacer ninguna isquemia ni necrosis. De acuerdo, entonces, uno sospechar una necrosis de un punto de la funduplicatura es pensar...es una cosa que es muy muy raramente y que nunca lo hace pensar a uno como el primer causa de diagnóstico de que la paciente no viniera bien, de acuerdo. Tromboembolismo pulmonar puede existir en cualquier paciente operado. Es un riesgo que existe en cualquier paciente que esté acostado más de 3 horas o más de 2 horas en una sala de cirugía y que persista acostado en una cama, de acuerdo. Entonces no solo propiamente de esta cirugía, sino de cualquier tipo de cirugía. Pero la causa de la necrosis es muy raro en este tipo de pacientes» (archivo minuto 45:11).

El 11 de febrero de 2019, a las 07:17, se reitera condición la paciente, diagnosticada con peritonitis generalizada, tromboembolismo pulmonar agudo e insuficiencia respiratoria aguda hipoxemia. A las 7:40, el cirujano Luis Felipe Vanegas Restrepo describe que «ante este estado clínico actual y laboratorio tan alterado se decide llevar a laparotomía urgente, se hace llamar a los familiares y se decide bajar al paciente de manera emergente». A las 10:31 se documenta la práctica de **laparotomía exploratoria** y el posterior traslado a UCI. En hallazgos se indicó: «Contaminación de la cavidad abdominal con



material hemopurulento sin evidencia de fibrina Evaluado la funduplicatura **no se evidencia sitio de filtración** y el esófago se observa sin necrosis no desvascularización. **Al deshacer la funduplicatura se evidencia uno de los puntos fundicos con necrosis y a la palacion se evidencia salida de moco gástrico** Hay evidencia de hipoperfusion intestinal sin sufrimiento por soporte inotrópico alto» (sic).

A las 11:24, 12:18 y 14:53 la paciente fue examinada por intensivistas, Rafael Villavicencio Tirado, Carlos Alberto Carvajal Mojica y Emir Ancizar Ortiz Ibarra, respectivamente, quienes aluden al mal pronóstico de la paciente y disponen medicación para el tratamiento. A las 16:03 la examina la especialista en terapia respiratoria. A las 16:40 el cirujano Luis Felipe Vanegas Restrepo ordena «cultivo y antibiograma para micoorganismos liquido purulento hemopurulento». Y a las 17:12, se manifiesta que la paciente fallece como consecuencia de una falla orgánica múltiple y choque séptico, sin respuesta a maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

De las anotaciones finales de la historia clínica se concluye que solo al momento de deshacer la funduplicatura que se realizó se pudo encontrar el origen de la infección y proceder con su manejo directo, pero antes de ello las ayudas diagnósticas, los exámenes de laboratorio y la laparoscopia realizada no permitieron identificar con precisión una de las causas de la peritonitis que tenía la paciente. Lo anterior, probablemente, porque como lo dijo el experto del CENDES la perforación que tenía «no era una cosa grande, como después lo descubrieron, fue siendo poco a poco, por tanto los síntomas en los primeros tres días no son tan ominosos tan fuertes como para uno decir que tuviera que haber sido intervenida» (archivo 53 minuto 46:00).

Conforme a todo el contexto preindicado, los reproches referidos en cuanto a la inobservancia de la prestación de un servicio de salud en términos de continuidad, oportunidad, accesibilidad y pertinencia, devienen desacertados. Puntualmente, si bien es cierto entre el 7 y 10 de febrero de 2019 a la paciente la atendieron médicos generales, cirujanos generales, internista, urgentólogo, intensivistas, y solo el 11 de febrero de 2019 vino a ser examinada en la práctica de la laparotomía por el cirujano Luis Felipe Vanegas Restrepo, quien

había realizado la intervención inicial, tal hecho por sí solo no es suficiente para desproveer de idoneidad y conocimiento a quienes desarrollaron los demás actos médicos durante el posoperatorio, menos para afirmar que el cirujano tratante no estaba enterado de la situación de la paciente, pues en la historia clínica se registra desde el 9 de febrero de 2019, a las 8:15, por la médica Restrepo Pérez: *«no observo complicaciones de POP, no hay neumopertoneo en placa de torax, no hay dolor abdominal, y se observa en radiografía de torax xardiomegalia y derrame pleural bilateral, considero que se debe descartar un falla cardiaca de base, solicito interconsulta por rmedicina Interna e inicio manejo con diuretico IV. Se valora paciente con dRA Maria clara, cirujano de turno, quien recomienda manejo y esta de acuerdo con conducta tomado. Esperamos nueva valoracion por cirujano tratante quien ya esta enterado d epaciente»* (sic, negrita fuera de texto). Y el 10 de febrero de 2019 a las 8:01 por la médica general Natalia Milena Morantes Correa: «comento con cirujano tratante quien ordena tomografias de torax, abdomen para esclarecer etiología de deterioro de la paciente».

Tampoco es admisible sostener que el cirujano Vanegas Restrepo era única y exclusivamente el médico tratante de la paciente, puesto que el cirujano general Camilo Vásquez Maya, no solo estuvo presente como ayudante en la cirugía inicialmente realizada, sino que conocía la situación de la paciente por haberla atendido en consultas del 17 de noviembre de 2018 y 24 de enero de 2019, haber recibido el consentimiento informado para la funduplicatura y estado en distintas oportunidades brindando atención posoperatoria; lo que fue corroborado por el mismo profesional en la declaración que rindió al interior de este proceso (archivo 48, hora 2:04:56).

El apelante censura que la paciente no tuvo la oportunidad de acceder a una unidad de cuidados especiales o intensivos. En contraste de tal afirmación, la historia clínica menciona que su traslado a UCE/UCI fue solicitado el 10 de febrero de 2019 a las 07:31 por el cirujano Camilo Vásquez Maya, y que este se registra ese día a las 16:38, con ocasión de la laparoscopia exploratoria realizada. También se advierte que entre ese interregno de tiempo se brindó «monitoreo permanente» en la sala de urgencias desde las 08:01 de esa fecha, tal como reportan las siguientes anotaciones: a las 9:50 y 10:17 por el cirujano

Camilo Vásquez Maya; 10:02, 10:25, 11:05 y 12:00 por urgentólogo David Cardona Ceballos; y a las 11:19 por el internista Manuel Fernando Dávila Rodríguez. Durante esa estancia en el servicio de urgencias se le trató con «ENEMA TRAVAD, DIPIRONA, ESPIRONOLACTONA, ONDASETRON, FUROSEMIDA, HIOSCINA, METOCLOPRAMIDA, ATORVASTATINA, METOPROLOL, RANITIDINA, PARACETAMOL»; «VALORACIÓN POR RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y ANTICOAGULACIÓN CON HBPM»; «GASES ARTERIALES, TROMBOPLASTINA Y TIEMPO DE PROTROMBINA»; «VIGILANCIA HEMODINAMICA»; «NOREPINEFRINA 4MG/4ML SLN INY 2 Ampolla, INTRAVENOSA, DOSIS UNICA, por DOSIS UNICA 250 DE SALINO + 2 AMPOLLAS A .01 MCG KILO MINUTO...CLORURO DE SODIO 0.9% SLN IN», entre otros.

El urgentólogo David Cardona Ceballos declaró ante el despacho originario, quien al preguntarle sobre los elementos de que dispone la unidad de urgencias expresó: «cuenta con el espacio físico, como tal, un lugar amplio, cómodo, con su camilla, allí cuento con ventilador mecánico en caso de que un paciente necesita intubación y soporte ventilatorio asistido, cuento con ventilador, cuento con un carro de paros que tiene todos los medicamentos necesarios en caso de una emergencia, de si se presenta un paro cardiorrespiratorio...Allí tengo a mi disponibilidad todos los recursos del laboratorio de la institución, de Radiología y el llamado de los diferentes especialistas también para el servicio de urgencias. El personal de enfermería está atento y en esa área siempre hay una persona encargada de enfermería al tanto del paciente crítico y también está... la enfermera jefa». Y al interrogarlo sobre la diferencia entre los recursos disponibles en el servicio de urgencias y la UCI respondió: «El cubículo es diferente, es una cama más grande, más amplia, las constantes de signos vitales son enviadas por medio de telemetría a unos controles centrales donde está el intensivista sentado en el puesto de enfermería pendiente de ella con su personal. Nosotros en el servicio de urgencias vemos es directamente el monitor, allí nosotros estamos presentes, vigilando las constantes directamente en el monitor. No hay una referencia a sus constantes a otro lugar. Solamente uno... mira el monitor desde el punto de vista o del desde el puesto de enfermería que está frente al lugar donde generalmente ubicamos los pacientes. Porque desde allí se

pueden ver las constantes vitales y vigilar al paciente constantemente. Los recursos son los mismos, los monitores son los mismos, los ventiladores son los mismos, los medicamentos que podemos solicitar son los mismos» (archivo 48, hora 1:36:00).

Por otro lado, resultan infundados los cuestionamientos que realiza la parte demandante para demeritar la prueba pericial allegada por la parte demandada, por el hecho de haber manifestado dicho perito en su declaración que había sido contratado por Inversiones Médicas de Antioquia como «cirujano vascular hasta antes de la pandemia» entre los años 2017 y 2018; y la presunta falta de imparcialidad de las declaraciones judiciales de los médicos tratantes, en tanto que para esta Sala, de acuerdo a lo explicado, las conclusiones del referido dictamen así como las versiones de los deponentes, son coherentes con la información vertida en la historia clínica de la paciente.

En definitiva, para este Tribunal no se avista la incursión en un proceder anormal contrario a la *lex artis* que comprometa la responsabilidad de la pasiva. Y así resulta ser porque los signos que presentó la paciente desde el 7 de febrero de 2019, bien podrían interpretarse como causas de diferentes diagnósticos, razón por la que los médicos fueron ordenando varios exámenes y tratamientos, según lo refieren las mismas anotaciones clínicas y la prueba pericial. A ello se aúna que los elementos de prueba no permiten establecer en qué momento debieron los médicos escindir los síntomas propios del lugar de cirugía primigenia, de aquellos indicativos de una posible peritonitis, máxime cuando la paciente no presentó signos de infección y los exámenes de laboratorio y de imagenología fueron insuficientes para detectarla, lo que obligó a la laparoscopia y luego a la laparotomía que en últimas permitió definirla. Por consiguiente, las causas de las afecciones de salud de la paciente eran difusas y de difícil diagnóstico, **«por ello un posible error de juicio o diagnóstico debido a un cuadro clínico complejo, que dificultaba la adopción de una terapéutica inequívoca, no puede ser fuente de responsabilidad civil»** (Sentencia SC 3272 de 2020).

## **Precisión final sobre la resolutive de la sentencia**

El señor juez *a-quo* resolvió en la sentencia lo siguiente:

*«Primero: Se declaran probadas las excepciones de Ausencia de incumplimiento contractual por parte de Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Ausencia de nexo causal, Ausencia de culpa por la Clínica Las Vegas, Ausencia de incumplimiento contractual por Coomeva Medicina Prepaga S.A., porque habría prestado correctamente sus servicios de medicina prepaga, Ausencia de culpa en la prestación del servicio médico, porque el deceso de la señora Aleyda Campo de Vargas habría ocurrido como consecuencia de la materialización de un riesgo inherente de diligencia y cuidado, Ausencia de culpa en la entidad Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Cumplimiento del deber de información, Existencia de consentimiento Informado y materialización de riesgo inherente, Ausencia de nexo de causalidad, Inexistencia de siniestro bajo el amparo básico de responsabilidad civil para instituciones médicas por ausencia de responsabilidad imputable a Inversiones Médicas de Antioquia S.A., Ausencia de responsabilidad de la entidad asegurada, Inexistencia de elementos de responsabilidad, Inexistencia de negligencia o impericia imputable al personal de la clínica Las Vegas y de Coomeva Medicina Prepaga S.A., y Ausencia de prueba del siniestro imputable a Coomeva Medicina Prepaga S.A.; que fueron formuladas por las entidades codemandadas y llamadas en garantías en sus respuestas a la demanda y a los llamamientos en garantía, por las razones enunciadas en las consideraciones de esta sentencia.*

*Segundo: En consecuencia, no se accede a las pretensiones de la demanda de declarar la responsabilidad civil médica de las entidades codemandadas, y/o la responsabilidad jurídica económica de las entidades llamadas en garantía, por las razones enunciadas en las consideraciones de esta providencia. Por ello, no se accede a los llamamientos en garantía formulados en el litigio.*

*Tercero: Se condena en consecuencia, a la parte demandante, a pagar en favor de las partes codemandadas y llamadas en garantía, las costas del presente proceso, en los términos y condiciones indicadas en los racionamientos de esta providencia, y las cuales incluirán las agencias en derecho antes fijadas, bajo los parámetros antes expuestos».*

La parte resolutive, desde el punto de vista de la técnica procesal, merece reparos por parte de la Sala en cuanto a: i) el acogimiento de unas supuestas excepciones que, sin ser tales, no había lugar a analizar porque las pretensiones estaban llamadas al fracaso por falta de prueba de sus elementos axiológicos; ii) los llamantes fueron absueltos, lo que de suyo obsta cualquier pronunciamiento sobre la pretensión revérsica y también que pueda disponerse condena en costas a los demandante en favor de los llamados.

Con respecto a lo primero, debe considerarse que en sentido estricto los demandados no propusieron verdaderas excepciones de mérito, en tanto que sus manifestaciones sólo estuvieron orientadas a negar los hechos de la demanda bajo los que se estructuraron los elementos axiológicos de la pretensión. En ninguna medida, pues, se pusieron de presente verdaderos hechos nuevos con aptitud para enervar los pedimentos. A propósito, la Corte ha dicho con respecto a las excepciones de fondo<sup>7</sup>.

«(L)a excepción de mérito es una herramienta defensiva con que cuenta el demandado para desmerecer el derecho que en principio le cabe al demandante; su función es cercenarle los efectos. Apunta, pues, a impedir que el derecho acabe ejercitándose.

A la verdad, la naturaleza de la excepción indica que no tiene más diana que la pretensión misma; su protagonismo supone, por regla general, un derecho en el adversario, acabado en su formación, para así poder lanzarse contra él a fin de debilitar su eficacia o, lo que es lo mismo, de hacerlo cesar en sus efectos; la subsidiariedad de la excepción es, pues, manifiesta, como que no se concibe con vida sino conforme exista un derecho; de lo contrario, se queda literalmente sin contendor.

---

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia. Sentencia de casación de 11 de junio de 2001. Exp. 6343.

(...)

Por ello, no es obligación irrestricta del Juez pronunciarse sobre cualquier planteamiento que la parte demandada haga en manifestación general de su defensa,

«habida consideración de que -insístese- “cuando el demandado dice que excepciona pero limitándose, (...) a denominar más o menos caprichosamente la presunta excepción, sin traer al debate hechos que le den sentido y contenido a esa denominación, no está en realidad oponiendo excepción ninguna, o planteando una contrapretensión, ni por lo mismo colocando al juez en la obligación de hacer pronunciamiento alguno al respecto”; de donde se sigue que la verdadera excepción difiere en mucho de la defensa común consistente en oponerse a la demanda por estimar que allí está ausente el derecho petitionado; y es claro también que “a diferencia de lo que ocurre con la excepción cuya proposición (...) impone la necesidad de que el juez la defina en la sentencia, la simple defensa no requiere una respuesta específica en el fallo final; sobre ella resuelve indirecta e implícitamente el juez al estimar o desestimar la acción» (CXXX, pág. 19)

Con respecto a la «absolución de los llamados en garantía», debe precisarse que a resolver sobre el llamamiento en garantía sólo hay lugar cuando la demanda prospera, pues lo que ordena el artículo 64 del C.G.P es que dentro del proceso en el que naturalmente es condenado el llamante se resuelva sobre el «(...) *derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva (...)*».

Así las cosas, si las pretensiones ni siquiera prosperaron, ningún sentido tiene pronunciarse frente a los llamamientos en garantía, porque para resolver sobre la relación que a ellos interesa no había lugar.

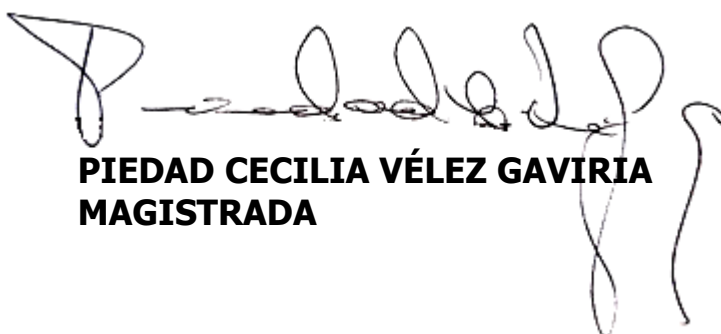
Por tanto, la decisión apelada será confirmada, salvo su numeral primero que se revocará; segundo que se aclarará y modificará para precisar que se niegan las pretensiones por falta de acreditación de sus elementos axiológicos y que no hay lugar a decidir pretensión alguna de los demandantes contra los llamados en garantía; y el tercero se revocará parcialmente para excluir de la condena en costas como beneficiarios a los llamados en garantía.

## **DECISIÓN**

Sin más consideraciones, la Sala Cuarta de Decisión del Tribunal Superior de Medellín, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley, **CONFIRMA** la sentencia de procedencia y fecha indicadas, por las razones ofrecidas en esta providencia, salvo el numeral primero que se **REVOCA; MODIFICA** el numeral segundo para precisar que se niegan las pretensiones por falta de prueba de sus elementos axiológicos y se **ACLARA** porque no hay lugar a decidir pretensión alguna de los demandantes contra los llamados en garantía; **REVOCA** parcialmente el numeral tercero para excluir a los llamados en garantía como beneficiarios de la condena en costas. **Costas** en esta instancia a favor de los demandados (Coomewa Medicina Prepagada e Inversiones Médicas de Antioquia S.A. – Clínica las Vegas S.A.-), y a cargo de la parte demandante.

Ejecutoriada esta decisión, la suscrita ponente fijará las agencias en derecho.

## **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**



**PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA**  
**MAGISTRADA**



**JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO**  
**MAGISTRADO**





**JULIÁN VALENCIA CASTAÑO**  
**MAGISTRADO**

Firmas son de la siguiente causa:

**S - 056**

**Procedimiento:** Verbal

**Demandantes:** Carmen Paola Vargas Ocampo y/o

**Demandada:** Coomeva Medicina Prepagada S.A. y/o

**Radicado Único Nacional:** 05001 31 03 006 2022 00093 01

Firmado Por:

Piedad Cecilia Velez Gaviria

Magistrada

Sala 002 Civil

Tribunal Superior De Medellin - Antioquia

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **bafa4f0cbcc719cfac0ab4dbbdf723133daae30fd93c3a6b390300a50cca5125**

Documento generado en 05/05/2023 07:18:10 AM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**

**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**