El siguiente es el documento presentado por el Magistrado Ponente que sirvió de base para proferir la providencia dentro del presente proceso. El contenido total y fiel de la decisión debe ser verificado en la Secretaría de esta Sala.

Providencia: Sentencia - Apelación -15 de mayo de 2018

Radicación Nro. : 66001-31-03-005-2013-00226-01

Demandante: Héctor Fabio Buitrago Montes, Claudia Patricia Buitrago Correa, Ricardo Buitrago Correa, Luisa Fernanda Cárdenas Millán y Camilo Buitrago Cárdenas.

Demandado: Entidad Promotora de Salud Coomeva, la Clínica Los Rosales S.A. y la Clínica Risaralda S.A., a la que fueron llamadas en garantía Seguros del Estado S.A. y la Compañía Suramericana de Seguros S.A.

Proceso: ORDINARIO (Responsabilidad Civil Médica)

Magistrado Ponente: JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO

**Temas: ORDINARIO (RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA) / EXTRACONTRACTUAL / DEMORA EN LA ATENCIÓN / MUERTE / CULPA PROBADA NO PRESUNTA / NIEGA / CONFIRMA -** Con este soporte probatorio, emerge para la Sala, que la señora María Amparo Correa Botero, por las fechas indicadas, fue sometida a una colonoscopia, procedimiento durante el cual le fue perforado el colon; cerca de dos horas después de ese suceso, se inició tratamiento con antibiótico, para evitar la sepsis, y pasadas nueve horas y media, luego de ser remitida de la Clínica Los Rosales a la Clínica Risaralda S.A., se realizó una laparotomía, a pesar de la cual su evolución fue desfavorable y falleció.

Hay, entonces, un hecho: la muerte de María Amparo, pero como quedó dicho que en estos eventos la culpa es probada y no presunta, coincide la Sala con la percepción de la funcionaria de primer grado en el sentido de que, ni la esta fue acreditada, ni el nexo causal entre ese hecho y el daño causado.

Y es que, a decir verdad, con las exposiciones de los expertos solicitadas por las partes, y el testimonio técnico del doctor Álvaro Augusto Lema, queda claro que la perforación del colon es una de las complicaciones propias de una colonoscopia; que su corrección en la mayoría de los casos, aunque no siempre, es de tipo quirúrgico; que entre menos tiempo pase entre ese suceso y la intervención, hay menos probabilidad de un choque séptico; que, en todo caso, muchos pacientes solo consultan pasadas veinticuatro horas y, sin embargo, iniciado el procedimiento con antibiótico, superan la crisis; que en el caso presente, el médico intervino antes de las dos horas y ordenó la aplicación del antibiótico, tiempo que, para los expertos, está dentro de lo razonable, como también lo estuvo la laparotomía, solo que ellos no se explican por qué, en el caso de esta paciente, la evolución fue tan rápida y le impidió sobreponerse a ese procedimiento.

(…)

En el suceso que nos ocupa, el mayor reproche que podría hacerse es que a la paciente se le trasladara de un centro médico a otro para efectos de realizar la laparotomía. Pero, en estricto sentido, nada demuestra que ese trámite hubiese agravado su situación; ni siquiera está demostrado que, de haberse quedado en la Clínica Los Rosales, se le hubiera intervenido antes de la nueve horas y media que se conocen, tiempo que, al decir de los expertos, está dentro de los límites normales en un caso como el que se atendía, si bien, en muchos de ellos, incluso pasadas las veinticuatro horas es posible detectar la perforación y salvar la vida del paciente.

Ahora bien, de las referencias que se trajeron a colación, es claro que sí se le inició tratamiento con antibióticos; que fuera diferente al que la parte demandante, como si se tratara del médico, señala que ha debido suministrarse, no significa que pueda pasarse por alto esa provisión, menos, cuando los dictámenes coinciden en que el metronidazol, u otros diferentes a los que sugieren los recurrentes, cumplen el mismo cometido de evitar la sepsis.

Es también claro que la paciente estaba diagnosticada con diabetes; como también lo es, que ello fue tenido en cuenta al momento de ser recibida en la Clínica Risaralda S.A.; en cambio, nada en este proceso acredita que esa específica condición de la paciente hubiese conducido, en tan corto tiempo, como la dejó señalado el doctor Alberto Ángel Pinzón, a un choque séptico severo que le causó la muerte. Recuérdese que él señaló que es inexplicable que habiéndose iniciado el tratamiento con antibiótico antes de las dos horas, y realizado la laparotomía a las nueve horas y media, hubiese fallecido.

De manera que en la evolución de la paciente luego de la perforación, lo que se colige de las pruebas regular y oportunamente allegadas, es que los médicos actuaron dentro de los protocolos que, según los conceptos conocidos en esta causa deben cumplirse, esto es, el manejo con antibiótico, la laparotomía y el tiempo; de ahí que ninguna generante de culpa se advierta en su comportamiento.

Todo pudo deberse, dicen los dictámenes, incluso el de medicina legal, a las condiciones mismas de la paciente que, en este caso concreto, no pudieron determinarse con suficiencia, con lo cual, además de que la culpa misma quedó sin demostración, si se pudiera entender que ella estuvo en la tardanza en la remisión o en la realización de la laparotomía, entonces obligaría decir que tampoco el nexo causal se estableció, porque de ninguna de las pruebas allegadas se puede colegir, con certeza, que la causa de la muerte de la paciente proviniera de que el antibiótico utilizado fuera inadecuado, pues lo que sí es seguro es que se le suministró, o de que la realización de la laparotomía a las nueve horas y media, después de la perforación, fuera la causa determinante de la muerte.

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL**

**SALA DE DECISIÓN CIVIL-FAMILIA**

Magistrado:  Jaime Alberto Saraza Naranjo

Pereira,  mayo quince de dos mil dieciocho

Expediente:  66001-31-03-005-2013-00226-01

Acta Nº 160 de mayo 15 de 2018

Decide la Sala el recurso de apelación propuesto por la parte demandante, contra la sentencia del 4 de noviembre de 2015, proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de esta ciudad, propuesto por la parte demandante, en este proceso ordinario de responsabilidad médica que Héctor Fabio Buitrago Montes, Claudia Patricia Buitrago Correa, Ricardo Buitrago Correa, Luisa Fernanda Cárdenas Millán y Camilo Buitrago Cárdenas, le promovieron a la Entidad Promotora de Salud Coomeva, la Clínica Los Rosales S.A. y la Clínica Risaralda S.A., a la que fueron llamadas en garantía Seguros del Estado S.A. y la Compañía Suramericana de Seguros S.A.

**ANTECEDENTES**

1. **Las pretensiones.**

Pidieron los demandantes que se declarara que los padecimientos, agravación y posterior muerte de María Amparo Correa Botero, fue causada por negligencia y omisión administrativa y personal que generaron el incumplimiento de las obligaciones reglamentarias de la seguridad social, por parte de la Entidad Promotora de Salud Coomeva, la Clínica Los Rosales S.A. y la Clínica Risaralda S.A.

En consecuencia, deben reparar solidariamente el daño causado a los accionantes y reconocerles los perjuicios de allí derivados, esto es, los morales causados a ellos y a la sucesión de la víctima, los derivados de la alteración de las condiciones de existencia o daño a la vida de relación, tanto para la sucesión, como para el cónyuge, los hijos y el nieto; los que provienen del daño corporal, biológico o a la salud, para la sucesión de la señora María Amparo Correa Botero.

Adicionalmente, reclamaron, como reparación simbólica, la publicidad de la parte resolutiva de la sentencia y el ofrecimiento de disculpas públicas, incluyendo el reconocimiento de los hechos y la aceptación de la responsabilidad.

A título de lo que denominan daño punitivo o sanción civil, por haber incurrido en culpa grave, piden un monto igual al de los perjuicios materiales e inmateriales reclamados.

Reclamaron la actualización de todas las condenas a la fecha del fallo, e intereses moratorios sobre las mismas, desde su ejecutoria.

1. **Los hechos.**

Plantearon que María Amparo Correa Botero, era beneficiaria en el sistema de Salud de la EPS Coomeva; desde “noviembre de 2007” consultó por fuertes dolores abdominales, como no superaba su malestar fue remitida al especialista; atendida por la “Dra. COBO” en la Clínica Los Rosales, ordenó la realización de un TAC; por consultas originadas en síntomas y signos que no superaba, el “23 de enero de 2007” le entregaron los resultados de un TAC abdominopélvico del que se evidenciaba una lesión a nivel de la válvula ileocecal, con efecto pseudo-obstructivo en asas delgadas, así que la Dra. Cobo determinó con carácter urgente la necesidad de una cirugía. Sin embargo, el 31 de enero siguiente, el médico de urgencias dispuso una revaloración, luego de realizar un examen diagnóstico de colonoscopia, a pesar de que la Dra. Cobo replicó que no era necesario ese procedimiento.

La paciente regresó a su casa dispuesta para la realización de nuevos exámenes; el 1° de febrero, a las 6:30, inició la colonoscopia; a las 7:20, el Dr. Rojas, quien la practicaba, salió asustado, diciendo que le había perforado el colon y ordenó de inmediato la intervención quirúrgica; enterado el Dr. Lema, este avisó a la enfermera jefe para que, a su vez, diera cuenta al Dr. Peñaloza (cirujano de turno), para realizar urgentemente laparotomía exploratoria, pero respondió que el lugar para cirugías de urgencias en la clínica no era adecuado para el procedimiento y decidió remitir a la paciente a un tercer nivel; no valoró a la paciente, solo dio la instrucción telefónica, olvidando que la clínica Los Rosales es de nivel III, aunque otro médico refirió, informalmente, que el quirófano estaba dañado.

Así que solo hasta las 11:20 fue remitida a la Clínica Risaralda S.A.; allí fue recibida por el Dr. Tirado, en regular estado general; el diagnóstico fue de perforación de colon, obstrucción intestinal, DM2 (diabetes mellitus 2); inician antibióticos y se ordena valoración por cirujano; a las 12:50 es valorada por el Dr. Mauricio Figueroa (cirujano), quien precedido del diagnóstico, pero omitiendo la diabetes, programó cirugía; a las 13:30 fue revisada por el médico de la UCI Jaime Romero, que indicó traslado a la unidad, si en una hora no era llevada a cirugía. A las 15:00 ingresó a la UCI, en regular estado, con diagnóstico de perforación de colon y orden urgente de laparotomía, lo que se había dispuesto desde las 7:20 a.m. pero sin efectivizarla después de ocho horas, tardanza que se debió a la congestión de pacientes en los quirófanos e incluso a la prioridad que se les dio a otros pacientes, algunos de menor gravedad.

A las 17:00 horas se hace valoración pre-anestésica, cuando ya le había dado peritonitis; a las 17:30, se traslada a quirófano; a las 19:40 regresa a la UCI con impresión diagnóstica de sepsis peritoneal, perforación de colon izquierdo, hemicolectomía derecha, ileostomía. El sábado 2 de febrero a las 10:30 se reporta paciente en mal estado general, y su deceso se produjo a las 18:00 horas por un paro cardiaco.

A continuación reiteraron los errores y omisiones, los síntomas y signos que presentaba la paciente y las fallas en que incurrieron los galenos y las instituciones; además, los daños causados a la víctima misma y a los demandantes.

1. **El trámite.**

La demanda fue admitida el 30 de octubre de 2008 por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Pereira, a la sazón competente.

La Clínica Los Rosales S.A. se pronunció (f. 73, c. 1) en contra de las pretensiones; sobre los hechos y respecto de las excepciones que propuso y que nominó inexistencia de causalidad, por cuanto los procedimientos médicos y asistenciales que se señalan como determinantes de los perjuicios, no fueron realizados por esa institución; inteligencia de la garantía de supervivencia “fetal” a la Clínica, ya que las obligaciones que se adquieren son de medio y no de resultado; excesiva tasación de perjuicios y la mal llamada genérica.

A la vez, llamó en garantía a Seguros del Estado S.A., en virtud de la póliza de responsabilidad civil extracontractual No. 045500384.

Coomeva EPS S.A. también respondió (f. 124, c. 1). Aludió a los hechos y a las pretensiones, que rechazó; alegó como excepciones las de “*ineptitud de la demanda por falta de requisitos formales o por indebida acumulación de pretensiones*”, sin sustento alguno; inexistencia de nexo causal, pues la paciente recibió la atención oportuna y adecuada, con diagnóstico, tratamiento y seguimiento acordes con los protocolos médicos y la lex artis; inexistencia del daño, pues la entidad no le causó ninguno a la paciente; inexistencia de responsabilidad por parte de la EPS Coomeva S.A., pues solo se encarga de administrar y son las IPS las que prestan el servicio; tasación excesiva de los perjuicios; temeridad y mala fe; hecho o culpa exclusiva de un tercero, pues, reitera, no presta los servicios de salud; cobro de lo no debido, sin sustentar; y la *“genérica”.* Sin embargo, se tuvo por no contestada la demanda, por ausencia de poder (f. 242, c. 1), decisión revocada por la Sala Laboral de esta Corporación (f. 356 a 366, c. 1), para, en su lugar, tener por confesados unos específicos hechos.

Llamó en garantía a la Clínica Los Rosales S.A., con fundamento en que fue con esta entidad que celebró un contrato de prestación de servicios de salud, en su calidad de IPS, en virtud del cual atendió a la paciente.

La Clínica Risaralda S.A. dio respuesta (f. 157, c. 1) a los hechos, opugnó las pretensiones y esgrimió como excepciones las que denominó inexistencia de culpa, de nexo causal y, por ende, de responsabilidad, pues el tratamiento que le brindó a la paciente fue adecuado; la obligación del médico es de medios y no de resultados; cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de la clínica, ya que puso a disposición de la paciente todos los profesionales, la tecnología y el equipo para prestarle un adecuado, oportuno y perito servicio de salud; por último incluyó la llamada *“genérica”.*

Por otra parte, llamó en garantía a la Compañía Suramericana de Seguros S.A., con apoyo en la póliza de responsabilidad civil No. 6002000089701.

Admitidos los llamamientos (f. 236 y 255, c. 1), Seguros del Estado S.A. respondió a la demanda, cuyas pretensiones repulsó (f. 273, c. 1) y contra ella propuso la excepción de inexistencia de las obligaciones demandadas, por ausencia de nexo causal; frente al llamamiento en garantía, adujo las de falta de jurisdicción y competencia, por cuanto su relación con la llamante es de orden comercial y no laboral; inexistencia de la obligación por inexistencia del siniestro; inexistencia de la obligación a cargo de la aseguradora por inexistencia de responsabilidad a cargo de la asegurada; clase de póliza otorgada, amparo básico, perjuicio de tipo moral, límite de responsabilidad; límite de responsabilidad de Seguros del Estado por la emisión de la póliza; reducción del seguro por pago del siniestro; deducible; e inexistencia de la obligación.

La Clínica los Rosales intervino como llamada en garantía (f. 332, c. 1), se refirió a los hechos y a las pretensiones y como excepción propuso la que llamó cumplimiento contractual por parte de la IPS.

Se llevó a cabo la primera audiencia de trámite el 6 de septiembre de 2010 (f. 311, c. 1); allí se decretaron las pruebas pedidas, que se practicaron en su mayor parte ante los jueces laborales, hasta cuando se dispuso la remisión, por competencia, a los civiles, por el tránsito de legislación señalado en el artículo 625 del CGP (f. 583, c. 1), a pesar de la protesta de la parte demandante, que fracasó (f. 610 a 627, c. 1).

El Juzgado Quinto Civil del Circuito asumió el conocimiento (f. 632, c. 1), se retomó la práctica de pruebas; evacuadas, se dio traslado para alegar de conclusión, lo que hicieron, en extenso, los apoderados de Coomeva EPS S.A. (f. 710 a 721, c. 1), y de los demandantes (f. 722 a 791, c. 1), para ratificar sus posiciones.

4.**El fallo de primer grado.**

Negó las pretensiones de los demandantes, declaró infundada la tacha por sospecha respecto del testigo Diego Nelson Buitrago Montes, así como la objeción por error grave del dictamen pericial emitido por el médico Mauricio Osorio Chica; por último, condenó en costas a los demandantes y a favor de los demandados.

Luego de resaltar la viabilidad de la acumulación de pretensiones y la legitimación en la causa, incluso la de la EPS por ser la encargada de proporcionar al afiliado los medios necesarios para acceder a los servicios de salud, directamente o por medio de instituciones idóneas como las IPS, se detuvo en los elementos de la responsabilidad civil, esto es, el daño, el hecho generador del mismo y el nexo causal entre ambos. De ellos, encontró acreditado el primero. Respecto del hecho, dijo que es necesario que medie un error o falla médica proveniente de la negligencia, impericia o imprudencia que conlleve el desconocimiento de la praxis médica, puesto que en eventos como este la culpa debe ser probada, y al analizar la prueba aportada, particularmente la historia clínica, los dictámenes y los testimonios, concluyó que el hecho dañoso, traducido en la existencia de culpa, error o falla médica proveniente de la negligencia, impericia o imprudencia no fue probado, de manera que se puede afirmar que la relación causal entre el hecho y el daño tampoco se probó.

**5. La apelación.**

Apelaron los demandantes, que, para tratar de sintetizar lo extenso de su escrito, apoyaron su disenso en estos aspectos, algunos de los cuales fueron resumidos, como se observa a folios 8 y 9 del cuaderno 2:

1. La perforación de colon incidental no es, normalmente, una causa adecuada de muerte, pues una apropiada preparación para el examen y la cirugía de corrección recuperan la salud y la evitan, lo que indica que el daño fue desproporcionado en este caso, debido a una falla galénica.
2. En las aclaraciones a los dictámenes periciales, quedó dicho que la paciente era diabética, con colon perforado accidentalmente y una cirugía tardía, que finalmente se sobre infectó, entró en sepsis y posterior muerte. Se pregunta por qué, si la atención fue perfecta, murió la paciente.
3. Los mismos dictámenes dejan en evidencia la tardanza en la realización de la cirugía.
4. Si bien la perforación del colon fue accidental, las complicaciones y muerte de la paciente ocurrieron por la tardanza en la cirugía, a pesar de que presentaba una patología concomitante como la diabetes, que tornaba en prioritaria y urgente la intervención.
5. El prolongado tiempo de espera para la cirugía, facilitó que por la perforación salieran o migraran bacterias a la cavidad abdominal y la paciente terminara en una sepsis o proceso infeccioso que la llevó a la muerte.
6. Luego, insistió en que el caso de ahora no puede mirarse bajo la lupa de la responsabilidad civil tradicional, porque la paciente no seleccionó al personal médico o paramédico que la atendería, sino que acudió al servicio de salud, producto de su vinculación al sistema. En consecuencia, es diferente la situación a como ocurre en el derecho civil o privado donde el paciente escoge la entidad, el cuerpo médico, muchas veces a la calidad de los insumos e incluso los servicios adicionales de hotelería. En adición, el servicio de salud tiene la doble connotación de ser público y erigirse como un derecho fundamental, por ello, las obligaciones que de allí surgen son diferentes a las que nacen de los contratos de salud privados o del derecho civil.
7. Hizo un repaso del derecho a la salud en el ámbito internacional y jurisprudencial, y señaló que la forma en que la paciente fue atendida demuestra un claro desconocimiento de los principios de integralidad y continuidad.

1. Aludió a las obligaciones de los poderes públicos, sobre los derechos humanos, para concluir con ello que el servicio prestado defectuosamente por las demandadas es imputable fáctica y jurídicamente, por tratarse de un régimen de culpa presunta, ya que se trata de un servicio público prestado de manera deficiente; porque la EPS, la IPS y sus funcionarios, se constituyen en garantes de la salud e integridad de los usuarios; por faltar al deber de garantía de la calidad del servicio que la EPS se obligó a prestar a sus afiliados; debido a la elevación del riesgo y por la tardía atención de la complicación previsible que presentó la paciente y la incapacidad logística para atenderla. Todo lo cual, dice, releva a los demandantes de probar la culpa, que, sin embargo, fue demostrada en este caso. Así lo tiene dicho, afirma, la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 22 de enero de 2008.
2. En un Estado social de derecho no se le puede exigir a la víctima la prueba de la culpa o negligencia profesional médica, como ha ilustrado la doctrina que cita, sino que debe acudirse a las reglas de la carga dinámica.
3. Sin embargo, insiste en ello, en el caso de ahora se probó la culpa personal y administrativa, sin embargo de lo cual, el juzgado se equivocó, porque interpretó los medios de convicción en forma contraevidente, omitió los medios de prueba que contradecían las defensas de los demandados; el análisis probatorio fue contradictorio con los principios de la lógica y la sana crítica, se desconoció el contexto fáctico en que se produjo el daño; le dio valor probatorio exculpativo al dictamen de Mauricio Osorio Chica, que no lo tiene.

1. Aducen que, con los registros de la historia clínica, la prueba pericial y los testimonios se demuestra la falla en la atención dispensada la paciente y los daños ocasionados y pasa referirse a cada uno de esos medios. En particular, hace un análisis de los dictámenes sobre los que señala que aunque tratan de evadir el compromiso de responsabilidad, en su contexto permiten concluir que las acusaciones son verdaderas, es decir, que se incurrió en culpa médico-asistencial y que ella fue la causa de las dolencias y posterior muerte de María Amparo Correa Botero; califica la tendencia de los médicos que sirven como peritos, como aquello que la doctrina denomina "Secreto del quirófano" o " conspiración del silencio", que impide que los conceptos puedan comprometer la responsabilidad institucional y médica. En este caso la de las demandadas fluye de la prueba aportada, incluyendo el interrogatorio que absolvió la representante legal de la Clínica Los Rosales S.A., quien confesó que el quirófano estaba fuera de servicio por inundación; además para el perito fue raro que la paciente hubiese fallecido, evidenciando que normalmente una persona en esas condiciones no hubiera muerto.
2. Concluye que los mismos peritos, a pesar de andarse por las ramas, dan luces sobre las causas de la muerte, porque (a) no había quirófano disponible; (b) se retrasó el tratamiento antibiótico qué demoró dos horas, a pesar de que era imperativo;(c) se remitió la paciente a otro centro hospitalario carente de capacidad administrativa o voluntad de atención oportuna, ya que inició el procedimiento quirúrgico en 9 horas y media después del accidente quirúrgico previsible; (d) desde la ocurrencia de la perforación del colon al iniciarse el antibiótico; (e) en la clínica Los Rosales, a pesar de que la paciente fue retenida por más de 4 horas, no se inició el tratamiento con antibióticos de manera oportuna; tampoco se disponía de un quirófano para realizar la laparotomía exploratoria no obstante que era diabética, elevando el riesgo para ella; (f) desde la perforación del colon y hasta el ingreso a la Clínica Risaralda S.A., transcurrieron 5 horas para la realización de un procedimiento urgente, en una adulto mayor, diabética, sin cubrimiento antibiótico y una herida de colon que significaba salida de materia fecal a la cavidad abdominal; (g) en esta clínica inicialmente se manejó por hipoglicemia y cubrimiento antibiótico con ampicilina más sulbactam, sin tener en cuenta la flora bacteriana del colon qué es anaeróbica y requiere cubrimiento con antibióticos como metronidazol o clindamicina; (h) el cirujano valora a la paciente e indica cirugía urgente, también fue atendida por médico de la UCI que no revisa el cubrimiento antibiótico de la paciente, por tanto no adiciona metronidazol; (i) el médico de la UCI reconoce patologías tan graves que indica el traslado en una hora a la unidad si no la han operado, y no revisa la medicación con la que la estaban manejando; (j) el cirujano opera la paciente en sepsis sin cubrimiento antibiótico para anaerobios y no se percata de ello; (k) inician el antibiótico para los gérmenes de colon tardíamente, después de regresar del quirófano; (l) en el ingreso a la Clínica Risaralda S.A., no se iniciaron los antibióticos indicados por el tipo de lesión de la paciente; (m) los doctores Figueroa y Romero no iniciaron el antibiótico necesario para limitar el proceso infeccioso; (n) en la Clínica Risaralda S.A. no disponían del quirófano para una cirugía que era urgente; (o) los funcionarios administrativos de la Clínica Risaralda S.A., para realizar la laparotomía, olvidaron que la paciente había esperado 11 horas después de la ruptura del colon, era una adulta mayor y diabética; (p) todos, administrativos, médicos y paramédicos, guardaron silencio cómplice ante la grave situación de la paciente y no exigieron que se le atendiera prioritariamente.
3. Enseguida se refirieron a la elevación del riesgo por la falta de quirófano. Y agregaron que el dictamen del doctor Mauricio Osorio Chica es errático al concluir que no hubo abandono de la paciente en el manejo de la suboclusión intestinal, cuando ni siquiera se registró adecuadamente la edad, unas veces se dijo que tenía 31 años, otras que 35, otras que 64; si la perforación del colon era previsible su abandono por no contar con los recursos necesarios para realizar una laparotomía, pues institución de tercer nivel además, no se inicia el tratamiento antibiótico para disminuir el riesgo de complicaciones, es decir, que sus conclusiones son contrarias a la realidad del tratamiento; simplemente verifica las órdenes que dio el cuerpo médico pero no su oportunidad.

En su réplica, la apoderada judicial de la EPS demandada, al pedir que se confirme la sentencia, concluye que la colonoscopia estaba indicada y era pertinente, la perforación es un riesgo inherente a ese procedimiento, la complicación se manejó adecuadamente, se inició el antibiótico en el periodo indicado por los protocolos (4 a 6 horas), se remitió oportunamente a la paciente, fue intervenida conteniendo la infección y resecando la parte del colon que albergaba cáncer, pero por sus patologías de base y su estado de inmunosupresión debido al cáncer, no se recuperó, a pesar de los esfuerzos del cuerpo médico.

**CONSIDERACIONES**

1. Concurren los presupuestos procesales y no hay causales de nulidad que hagan decaer lo actuado.
2. Las partes están legitimadas. Héctor Fabio Buitrago Montes como cónyuge de María Amparo Correa Botero (paciente fallecida), Claudia Patricia y Ricardo, en calidad de hijos, Luisa Fernanda Cárdenas, como nuera, y Camilo Buitrago Cárdenas, nieto, según se acreditó con los documentos de folios 14 a 18 del cuaderno principal.

Y por pasiva, las sociedades Clínica Los Rosales S.A. y Clínica Risaralda S.A., donde fue atendida la paciente por los días de su deceso, y Coomeva EPS S.A., a la que estaba afiliada, según se admite en las respuesta a la demanda (f 75, 159 y 124, c. 1, en su orden). A ellas se les imputa la causación del daño.

1. Corresponde a la Sala decidir si se confirma la sentencia de primer grado que negó las pretensiones de los demandantes, porque faltó probar la culpa endilgada a los demandados, lo mismo que la relación causal; o se revoca, como piden ellos, por cuanto se acreditaron todos los elementos que estructuran la responsabilidad médica.
2. Ha sostenido esta Corporación[[1]](#footnote-1), y lo ha reiterado[[2]](#footnote-2)-[[3]](#footnote-3), que la responsabilidad civil médica comporta la concurrencia de varios elementos: la acción o la omisión por parte del galeno en el ejercicio de su profesión; el daño padecido por el paciente o, en general, por las víctimas, la culpa o el dolo y la relación causal entre una y otro; y si ella es contractual, por supuesto, es menester acreditar su fuente.

De otro lado, como regla general, al médico se le atribuye un compromiso frente a la comunidad y a sus pacientes, en tanto se le confían derechos personalísimos como la salud y la vida, por lo que su quehacer debe cumplirlo con esmero y cuidado, ya que “*La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distingos de nacionalidad, no de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes”*. (art. 1°, Ley 23 de 1981). En virtud de ello, un débito esencial del galeno es poner al servicio del paciente todos sus conocimientos con el fin de preservar esos elementales derechos.

Como lo que se adquiere es un compromiso de actuar dentro de los postulados legales y de la ciencia propia, de antaño se admite que la actividad médica involucra obligaciones de medio y no de resultado, a pesar de que, excepcionalmente, el galeno se pueda comprometer con este; por tanto, lo normal es que quien demanda el resarcimiento de unos perjuicios derivados de una actividad de este tipo, deba probar su culpa.

Así lo tiene señalado de tiempo atrás el órgano de cierre de la jurisdicción ordinaria[[4]](#footnote-4), y lo ha reiterado recientemente, y contrario a lo que aducen los demandantes en algunas de sus críticas, ha reiterado que:

La atención sistémica e integral de la salud, sin embargo, no es ajena a los errores, sean excusables e inexcusables. En el ámbito de estos últimos, con repercusiones jurídicas, aparecen los groseros, los culposos, los faltos de diligencia y cuidado, ergo, al ser injustificados, son susceptibles de ser reparados integralmente “*in natura*” o por equivalente, no así los primeros.

Por esto, causada una lesión o menoscabo en la salud, con ese propósito, el afectado debe demostrar como elementos axiológicos integradores de la responsabilidad médica la conducta antijurídica, el daño y la relación de causalidad entre éste y aquélla, así como la culpabilidad, según la naturaleza de la responsabilidad (subjetiva u objetiva) o de la modalidad de las obligaciones de que se trata (de medio o de resultado). En el campo dicho, porque el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007, alusiva al talento humano en salud, con la modificación introducida por el canon 104 de la Ley 1438 de 2011, establece que la relación médico-paciente “*genera una obligación de medio*” sobre la base de una competencia profesional, en clara distinción con las de resultado, estas últimas, en virtud de “*estipulaciones especiales de las partes*” (artículo 1604, *in fine*, del Código Civil).

La conceptualización reviste importancia con miras a establecer las cargas probatorias, respecto de los supuestos de hecho normativos y de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento. En punto de las obligaciones de medio, es al demandante a quien le incumbe acreditar la negligencia, impericia o falta de cuidado de los facultativos, mientras en las de resultado, ese elemento subjetivo se presume.

En coherencia, para el demandado, el manejo de la prueba dirigida a exonerarse de responsabilidad médica, no es la misma. En las obligaciones de medio, le basta demostrar diligencia y cuidado (artículo 1604-3 del Código Civil); y en las de resultado, al descontarse el elemento culpa, le incumbe destruir el nexo causal entre la conducta imputada y el daño irrogado, mediante la presencia de un elemento extraño, como la fuerza mayor o el caso fortuito, la culpa exclusiva de la víctima o el hecho de un tercero.

La diferencia entre obligaciones de medio y de resultado, por lo tanto, sirve para facilitar y solucionar problemas relacionados con la culpa galénica y su prueba, sin perjuicio, claro está, de otras reglas de morigeración, cual ocurre en los casos de una evidente dificultad probatoria para el paciente o sus familiares, todo según las circunstancias en causa, introducidas ahora por el artículo 167 del Código General del Proceso.[[5]](#footnote-5)

1. Esto responde a varias de las críticas que formulan los demandantes, que insisten en que la obligación del médico es de resultado y, por tanto, en estos asuntos la culpa se presume, lo que, como queda visto, difiere de la intelección que a esos asuntos se le ha dado en la jurisdicción ordinaria.
2. Queda por elucidar, en consecuencia, los atinente a los elementos de la responsabilidad. De ellos, concluyó el Juzgado, que la existencia de culpa, error o falla médica proveniente de la negligencia, impericia o imprudencia del cuerpo médico, que conlleve el desconocimiento de la praxis médica, quedó sin demostración, lo mismo que la relación causal.

Para arribar a esa determinación tuvo como sustento, además de la historia clínica, los dictámenes y los testimonios recibidos. A partir de su estudio, señaló que la atención inicial brindada a la paciente fue adecuada y que, a pesar del suceso, que nadie discute, de la perforación del colon, ningún reproche se puede hacer en cuanto al procedimiento, dado que, distinto a lo que aducen los recurrentes, se le suministró oportunamente antibiótico y se le intervino, pero su organismo no respondió.

Para la Sala, haciendo eco de los reproches que se hacen al fallo, la cuestión debe mirarse en perspectiva de lo que ocurrió después de que a la señora María Amparo Correa Botero se le realizó la colonoscopia, el día 1 de febrero de 2007. Ciertamente, el compendio que se hace en el folio 47 del cuaderno 8, pone en evidencia que, al fin de cuentas, los demandantes aceptaron que esa intervención era la adecuada para el momento, como también, que un factor de riesgo durante la misma era la perforación del colon. Su inconformidad radica en lo acontecido luego, porque no había quirófano dispuesto, a pesar de que la complicación era previsible, se omitió iniciar el tratamiento inmediato con antibiótico, solo se hizo pasadas casi dos horas; se remitió a la paciente a otro centro hospitalario donde tampoco se le atendió con prontitud, pues el procedimiento recomendado inició nueve horas y media después del accidente quirúrgico; al antibiótico a utilizar ha debido ser de tipo metronidazol+ampicilina sulbactam, ciprofloxamina o ceftriaxona IV (intravenosa); la clínica Los Rosales, por ser de tercer nivel, debía disponer de quirófanos para realizar una laparotomía exploratoria en una paciente diabética; al ingresar a la Clínica Risaralda S.A. se omitió revisar el cubrimiento con antibióticos, por lo que nunca se adicionó el metronidazol.

Inicialmente, en la historia allegada por la Clínica Los Rosales (f. 430, c. 1), consta, en nota de las 8:07:03, que en desarrollo de la colonoscopia, se progresó hasta el ángulo esplénico, pero en la maniobra de superar el ángulo, accidentalmente se perforó el colon, se suspendió el procedimiento y se informó al cirujano, doctor Lema. A las 8:19:07, este informó al *“Dr. Peñaloza”* sobre la paciente y refiere que en la sala adaptada para cirugía urgente no existen las condiciones para realizarla adecuadamente a esta paciente, por tanto, se debe remitir a otra institución de tercer nivel para ese efecto, y se informó a la jefe de enfermería para iniciar los trámites. A las 9:42:48 se deja constancia de su evolución y queda anotado que la paciente se halla hemodinámicamente estable; sobre las 10:01:02 se le suministró una dosis única de media ampolleta de tramadol clorhidrato solución inyectable intravenoso; la remisión se da a las 11:30, en camilla con oxígenos por cánula nasal y abdomen globoso doloroso, informado el Dr. Moira, ordena colocar media ampolleta de “trama…”.

La historia aportada por la Clínica Risaralda S.A. (f. 196, c. 1), enseña que se le dio ingreso a las tres de la tarde, en regulares condiciones, deshidratada, consciente, con buena ventilación, abdomen distendido, muy doloroso, sin peristaltismo, buena perfusión distal, y neurológico sin déficit. El diagnóstico fue “*Cirugía (Laparotomía)”.* A continuación, en la nota de evolución se anotó: *“Paciente que se llevó a cirugía donde le realizan laparotomía con peritonitis fecal por perforación en ángulo esplénico de colon, tumor de colon derecho, hemicolectomía derecha, ileostomía y rafia del ángulo esplénico, dejar abdomen abierto con viaflex; sale intubada, hipotensa se conecta a ventilación mecánica y se soporta con LEV y dopamina y norepinefrina. La paciente evolucionó mal a pesar del soporte presentando choque séptico. Se adiciona vasopresina sin respuesta y fallece…”.*  El diagnóstico de egreso fue *“Choque séptico de origen abdominal… Ca de colon… Diabetes Mellitus…”.*

Al decretar las pruebas, dispuso el Juzgado oficiar al Instituto de Medicina Legal, para que, con vista en dichas historias, se pronunciara sobre el interrogatorio presentado por la parte demandante; y, como prueba común, se decretó que la Universidad Tecnológica de Pereira desarrollara el cuestionario presentado por las llamadas en garantía, a la postre, tal oficio se dirigió a la Universidad de Caldas, con el fin de que intervinieran un especialista en medicina general y otro en gastroenterología, que fueron designados por esa institución (f. 468, c. 1).

El cirujano Mauricio Osorio Chica (cirugía general, laparoscópica y coloproctología, f. 493, c. 1), dijo que a la paciente se le suministró metronidazol a las 10:18 a.m., mientras se definía su traslado a otra institución; y concluyó que no hubo abandono de la paciente, pues durante su hospitalización se manejó el cuadro de suboclusión intestinal y se solicitaron exámenes para tener un diagnóstico más preciso de la patología que la originaba. Aunque aludió a otros aspectos, al correr traslado del mismo (f. 513), aclaró el Juzgado que solo tendría en cuenta las respuestas a los nueve interrogantes planteados por la Clínica Los Rosales, ya que equivocadamente se le enviaron también los que formuló la parte demandante.

Los demandantes pidieron aclaración de ese dictamen. Dijo el profesional (f. 551, c. 1) que no hubo abandono en el manejo de la suboclusión intestinal, ya que durante su hospitalización de hizo manejo del cuadro y se solicitaron exámenes para tener un diagnóstico más preciso de la patología que originaba la suboclusión. En el estudio de esta patología se solicitó y se realizó una colonoscopia.

Tal trabajo fue objetado por error grave (f. 557, c. 1), con fundamento en que el perito nunca verificó la oportunidad de las órdenes extendidas, que por ser tardías muestran el abandono de la paciente. El Juzgado, en providencia del 7 de octubre de 2013 (f. 633, c. 1), señaló que la parte omitió poner en evidencia un verdadero yerro y pedir pruebas. La parte demandante protestó esa decisión (f. 668, c.1), pero el funcionario de turno se mantuvo en lo resuelto, según auto del 8 de noviembre de 2013 (f. 690, c. 1).

También rindió dictamen el médico especialista en cirugía general y gastroenterología clínico-quirúrgica Alberto Ángel Pinzón (f. 530, c.1), para responder, entre otros, al cuestionario que reposa a folio 133. Determinó que (i) el Unasyn es un antibiótico de amplio espectro que hace una cobertura de los gérmenes de origen intestinal que son los que más se encuentran en el abdomen, como bacterias gran negativas y anaerobios, que son la principal flora bacteriana del intestino delgado y del colon o intestino grueso; (ii) la perforación del colon durante una colonoscopia es una complicación del procedimiento descrita y ampliamente reconocida en la literatura médica, y se ha reconocido con una incidencia que oscila entre el 0,01% y 0,4% en las diferentes series de casos publicados en el mundo; (iii) el cuadro clínico reportado al ingreso por urgencias y con posterioridad, es compatible con un abdomen agudo secundario a perforación de colon en colonoscopia ocurrida a las ocho de la mañana, o sea, de tres horas de evolución que, en general, no ha alcanzado a producir un shock séptico o sepsis generalizada, pero sí un abdomen agudo con peritonitis en curso secundaria a la perforación; y (iv) cuando un paciente muestra un cuadro de pseudoobstrucción intestinal como el de la paciente y a la TAC se reporta una imagen sugestiva de masa en ciego causante del problema, tiene indicado la realización de una colonoscopia total para aclarar el diagnóstico, a menos que la obstrucción intestinal sea total y esto no deja sino la opción de la laparotomía exploradora (abrir el abdomen y explorarlo quirúrgicamente), la cual sirve como diagnóstico y tratamiento simultáneamente.

Tampoco este análisis satisfizo a los demandantes que pidieron su complementación (f. 560, c. 1). Así lo hizo (f. 596), y señaló que fuera del Unasyn se pueden suministrar otros antibióticos que cumplen el mismo papel; mientras más rápido se suministre mejor y en este caso ocurrió a las diez de la mañana, es decir, antes de enviar a la paciente a la Clínica Risaralda S.A., lo que sucedió a las 11:30; el Metronidazol es uno de los antibióticos que se pueden utilizar en casos como el de ahora y se suministra por orden de un médico. Precisó que el antibiótico se suministró una hora y 53 minutos después de la perforación, tiempo que es corto, en atención a que la paciente tenía el colon lavado y preparado para una colonoscopia; la laparotomía tardó 9 horas y 38 minutos desde la perforación, y entre menos tiempo transcurra el riesgo de sepsis es menor, sin embargo, hay pacientes a los que no se les detecta la perforación en el momento del procedimiento y esta se manifiesta cuando están en casa, pero por el dolor abdominal consultan veinticuatro horas después o más y, sin embargo, lo superan. Por eso, dice, llama la atención que en este caso, la paciente con el colon lavado y sin materia fecal para la colonoscopia, hubiese realizado tan rápidamente una sepsis con desenlace fatal, pues es posible, como lo menciona la literatura médica, que las condiciones especiales del paciente como enfermedades asociadas, estados de inmunodepresión, mala reserva cardiovascular, enfermedades metabólicas y otras, hayan tenido qué ver en forma importante en el desarrollo de la sepsis y muerte posterior. Dijo también que la diabetes es una enfermedad que afecta la respuesta inmunológica de los pacientes, como también lo afecta la presencia de un tumor maligno del colon; y que en algunos casos la perforación del colon puede tardar varios días en manifestarse y ser tratada conservadoramente, es decir, sin cirugía.

Ante un nuevo requerimiento, reiteró, en escrito recibido el 27 de enero de 2014 (f. 1 a 3, c. 8), que existen varios antibióticos que cumplen la función del Unasyn; en el caso de esta paciente, fue iniciado a las 10:18 horas, dos horas después de la colonoscopia, antes de remitir a la paciente; y señaló que perforado el colon, inmediatamente se presenta contaminación de la cavidad abdominal, que aumenta a medida que pase el tiempo y puede generar peritonitis, más grave mientras más tiempo pase o la contaminación sea mayor. Y aduce que en un 40% de los casos la perforación se detecta pasadas las 24 horas, y *“si esta paciente fue operada a las 9 horas y 38 minutos y tenía antibiótico desde la segunda hora de sucedida la perforación es raro que haya fallecido”.*

La profesional especializada forense del Instituto de Medicina Legal (f. 563 a 572, c. 1), precisó que el cubrimiento con antibiótico en un caso de perforación de colon debe iniciarse tan pronto se haga ese diagnóstico; la diabetes mellitus no constituye un factor de riesgo para ello;; a falta de quirófano, el manejo médico indicado debía estar dirigido a disminuir los riesgos y complicaciones secundarias a este; explicó que la sepsis de la paciente derivó de la ruptura del colon, y que el inicio del manejo antibiótico le permite disminuir el riesgo de sepsis; en un paciente diabético existe mayor riesgo de desarrollar infecciones y ante una perforación de colon durante un procedimiento invasivo se debe iniciar con terapéutica médica entre la cual se encuentran los antibióticos; la intervención quirúrgica depende del tipo y tamaño de la perforación presentada.

Agregó que en algunos casos el manejo de la perforación puede ser médico, aunque en la mayoría de eventos es quirúrgico; y reiteró que el suministro de antibióticos debe darse una vez se realice el diagnóstico de la perforación; para ello se deben tener en cuenta las características de la paciente, el foco de infección y la etiología.

Rindió testimonio José Antonio Márquez Flórez, mas, en lo que conoció directamente, se refiere a la situación de la paciente antes de realizarse la colonoscopia. Sin embargo, señaló, con vista en la historia clínica, que al conocerse de la perforación, fue tratada con antibióticos y que al ingresar a la Clínica Risaralda S.A., no evidenciaba choque séptico (f. 554, c. 1).

La doctora Alba Ruth Cobo Alvarado (f. 579, c. 1), nada concreto refirió, ya que para responder se requerían unos documentos que no fueron nunca aportados.

Y el médico cirujano Álvaro Augusto Lema Velásquez, quien atendió a la paciente, señaló que durante la colonoscopia se produjo la perforación del colon de la paciente; se le refirió que era imposible realizar el procedimiento quirúrgico ese día en la clínica, comenzó el tratamiento con antibiótico (metronidazol) para el cubrimiento de gérmenes anaerobios residentes normalmente en el colon, y fue remitida a la Clínica Risaralda S.A.; manifestó que la diabetes que padecía la paciente era irrelevante en ese momento por la conducta urgente que debía asumirse; que la respuesta orgánica de un paciente a otro es variable; que el procedimiento para corregir la perforación de colon debe realizarse lo más pronto posible, pero, en todo caso, el índice de mortalidad es alto, con independencia del tiempo en que se lleve al quirófano.

Con este soporte probatorio, emerge para la Sala, que la señora María Amparo Correa Botero, por las fechas indicadas, fue sometida a una colonoscopia, procedimiento durante el cual le fue perforado el colon; cerca de dos horas después de ese suceso, se inició tratamiento con antibiótico, para evitar la sepsis, y pasadas nueve horas y media, luego de ser remitida de la Clínica Los Rosales a la Clínica Risaralda S.A., se realizó una laparotomía, a pesar de la cual su evolución fue desfavorable y falleció.

Hay, entonces, un hecho: la muerte de María Amparo, pero como quedó dicho que en estos eventos la culpa es probada y no presunta, coincide la Sala con la percepción de la funcionaria de primer grado en el sentido de que, ni la esta fue acreditada, ni el nexo causal entre ese hecho y el daño causado.

Y es que, a decir verdad, con las exposiciones de los expertos solicitadas por las partes, y el testimonio técnico del doctor Álvaro Augusto Lema, queda claro que la perforación del colon es una de las complicaciones propias de una colonoscopia; que su corrección en la mayoría de los casos, aunque no siempre, es de tipo quirúrgico; que entre menos tiempo pase entre ese suceso y la intervención, hay menos probabilidad de un choque séptico; que, en todo caso, muchos pacientes solo consultan pasadas veinticuatro horas y, sin embargo, iniciado el procedimiento con antibiótico, superan la crisis; que en el caso presente, el médico intervino antes de las dos horas y ordenó la aplicación del antibiótico, tiempo que, para los expertos, está dentro de lo razonable, como también lo estuvo la laparotomía, solo que ellos no se explican por qué, en el caso de esta paciente, la evolución fue tan rápida y le impidió sobreponerse a ese procedimiento.

Bien se ha dicho que en los procesos de responsabilidad médica, sin llegar a concluir que se trata de una tarifa legal, o que sea la única prueba idónea, es lo cierto que un dictamen pericial es de suma relevancia, en la medida en que el juez carece de conocimientos técnicos o científicos que le permitan, en general, percibir cuál ha debido ser el tratamiento adecuado para un paciente, o determinar la causa de una muerte. Por ello, repite la Corte, en la última sentencia citada, que *“Existiendo en la materia libertad probatoria, al ser el juez ajeno al conocimiento médico, la Corte tiene sentado que “(…) un dictamen pericial, un documento técnico científico o un testimonio de la misma índole, entre otras pruebas, podrán ilustrar (…) sobre las reglas (…) que la ciencia de que se trate tenga decantadas en relación con la causa probable o cierta de la producción del daño que se investiga (…)”[[6]](#footnote-6)… Las historias clínicas y las fórmulas médicas, por lo tanto, en línea de principio, por sí, se insiste, no serían bastantes para dejar sentado con certeza los elementos de la responsabilidad de que se trata, porque sin la ayuda de otros medios de convicción que las interpretara, andaría el juez a tientas en orden a determinar, según se explicó en el mismo antecedente inmediatamente citado, “(…) si lo que se estaba haciendo en la clínica era o no un tratamiento adecuado y pertinente según las reglas del arte (…)”.”*

En el suceso que nos ocupa, el mayor reproche que podría hacerse es que a la paciente se le trasladara de un centro médico a otro para efectos de realizar la laparotomía. Pero, en estricto sentido, nada demuestra que ese trámite hubiese agravado su situación; ni siquiera está demostrado que, de haberse quedado en la Clínica Los Rosales, se le hubiera intervenido antes de la nueve horas y media que se conocen, tiempo que, al decir de los expertos, está dentro de los límites normales en un caso como el que se atendía, si bien, en muchos de ellos, incluso pasadas las veinticuatro horas es posible detectar la perforación y salvar la vida del paciente.

Ahora bien, de las referencias que se trajeron a colación, es claro que sí se le inició tratamiento con antibióticos; que fuera diferente al que la parte demandante, como si se tratara del médico, señala que ha debido suministrarse, no significa que pueda pasarse por alto esa provisión, menos, cuando los dictámenes coinciden en que el metronidazol, u otros diferentes a los que sugieren los recurrentes, cumplen el mismo cometido de evitar la sepsis.

Es también claro que la paciente estaba diagnosticada con diabetes; como también lo es, que ello fue tenido en cuenta al momento de ser recibida en la Clínica Risaralda S.A.; en cambio, nada en este proceso acredita que esa específica condición de la paciente hubiese conducido, en tan corto tiempo, como la dejó señalado el doctor Alberto Ángel Pinzón, a un choque séptico severo que le causó la muerte. Recuérdese que él señaló que es inexplicable que habiéndose iniciado el tratamiento con antibiótico antes de las dos horas, y realizado la laparotomía a las nueve horas y media, hubiese fallecido.

De manera que en la evolución de la paciente luego de la perforación, lo que se colige de las pruebas regular y oportunamente allegadas, es que los médicos actuaron dentro de los protocolos que, según los conceptos conocidos en esta causa deben cumplirse, esto es, el manejo con antibiótico, la laparotomía y el tiempo; de ahí que ninguna generante de culpa se advierta en su comportamiento.

Todo pudo deberse, dicen los dictámenes, incluso el de medicina legal, a las condiciones mismas de la paciente que, en este caso concreto, no pudieron determinarse con suficiencia, con lo cual, además de que la culpa misma quedó sin demostración, si se pudiera entender que ella estuvo en la tardanza en la remisión o en la realización de la laparotomía, entonces obligaría decir que tampoco el nexo causal se estableció, porque de ninguna de las pruebas allegadas se puede colegir, con certeza, que la causa de la muerte de la paciente proviniera de que el antibiótico utilizado fuera inadecuado, pues lo que sí es seguro es que se le suministró, o de que la realización de la laparotomía a las nueve horas y media, después de la perforación, fuera la causa determinante de la muerte.

Por tanto, la decisión de primera instancia será confirmada.

Las costas en esta sede, serán a cargo de los recurrentes y a favor de los demandados. Se liquidarán en primera instancia, de manera concentrada, siguiendo las reglas del artículo 366 del CGP, por cuanto el tránsito de este proceso al nuevo estatuto debe darse, justamente, con la promulgación de este fallo, en los términos del artículo 625 del nuevo estatuto.

Las agencias en derecho se fijarán en auto separado.

**DECISIÓN**

En armonía con lo dicho, la Sala Civil Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA**la sentencia del 4 de noviembre de 2015, proferida por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de esta ciudad, propuesto por la parte demandante, en este proceso ordinario de responsabilidad médica que Héctor Fabio Buitrago Montes, Claudia Patricia Buitrago Correa, Ricardo Buitrago Correa, Luisa Fernanda Cárdenas Millán y Camilo Buitrago Cárdenas, le promovieron a la Entidad Promotora de Salud Coomeva, la Clínica Los Rosales S.A. y la Clínica Risaralda S.A., a la que fueron llamadas en garantía Seguros del Estado S.A. y la Compañía Suramericana de Seguros S.A.

Costas de segundo grado a cargo de los recurrentes y a favor de los demandados.

Se liquidarán en primera instancia, siguiendo las reglas del artículo 366 del CGP.

Notifíquese

Los Magistrados,

**JAIME ALBERTO SARAZA NARANJO**

**CLAUDIA MARÍA ARCILA RÍOS DUBERNEY GRISALES HERRERA**

Salvamento parcial de voto

1. Sentencia de septiembre 1° de 2015, Expediente 66001 -31-03-005-2012-00278-01. [↑](#footnote-ref-1)
2. Sentencia de abril 19 de 2016, Expediente 66001-31-03-005-2012-00298-02. [↑](#footnote-ref-2)
3. Sentencia de septiembre 20 de 2017. Expediente 66001-31-03-004-2012-00320-01. [↑](#footnote-ref-3)
4. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia de 17 de noviembre de 2011, Referencia: 11001-3103-018-1999-00533-01, M.P. William Namén Vargas. [↑](#footnote-ref-4)
5. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia SC003-2018, del 12 de enero de 2018, radicado 11001-31-03-032-2012-00445-01, M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. [↑](#footnote-ref-5)
6. CSJ. Civil. Sentencia 183 de 26 de septiembre de 2002, expediente 6878. [↑](#footnote-ref-6)