

S-2021

Procedimiento: Verbal
Demandante: María Jazmín Agudelo Osorno y otros
Demandada: Hospital Pablo Tobón Uribe
Radicado: 05001 31 03 004 2018 00310 01.
Asunto: Confirma sentencia de primera instancia

**TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLÍN
-SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL-**

Medellín, veintiséis (26) de julio del dos mil veintiuno (2021).

La Sala emite la providencia que resuelve el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante, contra la sentencia proferida por el Juez Cuarto Civil del Circuito de Medellín (Antioquia), el pasado primero (01) de diciembre de 2020, en el proceso de la referencia, promovido por los señores: María Jazmín Agudelo Osorno a nombre propio y en representación de su hijo menor William Fabio Parra Agudelo, Marco Darío Agudelo Patiño, Cenobia del Socorro Osorno Morales y Jennifer Parra Agudelo en nombre propio y en representación de su hija menor Julieta Sandón Parra, en contra del Hospital Pablo Tobón Uribe y la EPS Medicina Prepagada Suramericana S.A. -EPS Sura-. Labor jurisdiccional que se acomete en el siguiente orden,

I. ANTECEDENTES

1. El día 14 de junio de 2018, los demandantes presentaron demanda con pretensión declarativa de responsabilidad civil extracontractual, para que, a través del procedimiento verbal, los demandados fueran condenados a pagar los perjuicios ocasionados a raíz de la falla en la atención médica brindada por el hospital Pablo Tobón Uribe y la EPS Sura, a la señora María Jazmín Agudelo Osorno, entidad esta última donde se encontraba ella afiliada en calidad de cotizante.

2. Fundamentos Fácticos. Los hechos se sintetizan de la siguiente manera:

2.1. Que el día 27 de agosto de 2017, la señora María Jazmín Agudelo Osorno fue atropellada por una motocicleta, por lo que se dirigió al servicio de urgencias del

Hospital demandado, en donde fue atendida por la médica general Dra. Yuliana Maily Valencia Gómez, quien evidenció a través de dos radiografías que la paciente presentaba fractura en dos dedos de su mano izquierda y uno de ellos presentaba heridas abiertas, así, luego de inmovilizar la mano fracturada envió a la paciente para la casa, con la recomendación que pidiera cita con cirujano plástico.

2.2. Que el día 29 de agosto fue atendida por el cirujano Álvaro de Jesús Ruiz Cuervo, quien observó la mano al retirar el vendaje e indicó que ese procedimiento no era el debido, por cuanto se trataba de una herida abierta y se encontraba en muy mal estado, que presentaba materia y se encontraba inflamada y enrojecida, advirtiéndole, así mismo, que presentaba una infección y que, de no haber asistido a esa cita, hubieran tenido que amputarle la mano.

2.3. Que inicialmente perdió la movilidad de todos los dedos de la mano izquierda, pero con las terapias ha ido recuperando poco a poco la movilidad de algunos, y que aún no se ha recuperado en su totalidad, pues el dedo más afectado ha sido el medio y del cual perdió la movilidad por completo con un dolor constante.

2.4. Que evidencia una clara responsabilidad médica por negligencia de la médica general que la atendió inicialmente, pues de manera prematura la envió para la casa con la mano vendada e inmovilizada y con medicación consistente en acetaminofén y naproxeno, sin prever que las condiciones físicas del dedo ameritaban otro tipo de tratamiento que impidiera el avance de toda clase de infección.

2.5. Adujo entonces que, a raíz de lo anterior, no ha podido ejercer sus labores y, por tanto, se ha visto afectada tanto en su vida laboral, como cotidiana, debido a que no puede realizar tareas básicas que antes del insuceso desarrollaba con normalidad, mermando así su calidad de vida. Narró entonces que, al igual que su grupo familiar, se vio perjudicada no solo materialmente sino moralmente, por el sufrimiento que tuvieron que padecer, la impotencia y angustia de haber pasado por una situación tan traumática como la aquí ocurrida.

2.6. De este modo, solicitaron que dichos perjuicios le fueran indemnizados en una cantidad que fue tasada en la suma de \$433.334.965.

3. Actuación procesal. El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín admitió la demanda mediante providencia del 05 de junio de 2018, (cfr. fl. 170, c. ppal.), misma que fue notificada a la parte demandada, quien la contestó oportunamente de la forma como pasa a precisarse.

4. Contestación a la demanda. El hospital demandado, valiéndose de apoderado judicial, presentó una síntesis de la atención brindada a la paciente desde que ingresó a urgencias, para efectos de advertir que el trauma durante el accidente y la contaminación asociada al trauma, fueron la causa de la infección.

Agregó, que no le constaba que la paciente no hubiera recuperado la movilidad en toda la mano y que, de todas maneras, la pérdida de movilidad articular (artrosis) es un riesgo inherente a las fracturas intraarticulares como las sufridas por la paciente en el accidente del 27 de agosto de 2017. Que tampoco le constaba que la doctora Yeliana Maily Valencia Gómez diera de alta la paciente, sin considerar otro tratamiento que impidiera el avance de la infección.

Formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** diligencia y cuidado en la atención médica brindada y, **ii)** diligencia y cuidado.

4.1. Llamamiento en garantía. Seguidamente, en virtud de la póliza de responsabilidad civil número 1006462, llamó en garantía a la aseguradora La Previsora S.A. Compañía de Seguros, para que, en caso de una eventual sentencia condenatoria, la convocada fuera obligada a reembolsarle las sumas que tuviera que asumir.

Dicho llamamiento fue admitido el día 08 de noviembre de 2018, entidad que coadyuvó los argumentos y excepciones formuladas por el Hospital Pablo Tobón Uribe y, por ahí mismo, frente a la demanda principal, formuló las siguientes excepciones: **i)** Inexistencia de responsabilidad del Hospital Pablo Tobón Uribe; **ii)** Ausencia de culpa; **iii)** inexistencia de nexo causal; **iv)** inexistencia de perjuicios y/o

de su prueba y **v)** tasación excesiva de perjuicios patrimoniales. De otro lado, frente al llamamiento en garantía, formuló las excepciones que se dio en llamar: **i)** cláusulas que rigen el contrato de seguro; **ii)** límite del valor asegurado; **iii)** deducible pactado para el amparo básico y para el amparo de daños extrapatrimoniales.

4.2. La parte actora desistió de la demanda frente a la EPS Medicina Prepagada Suramericana S.A. -EPS Sura-.

5. La sentencia apelada. Fenecido el trámite del proceso previsto en el CGP, incluido la práctica de pruebas, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito profirió sentencia el pasado 01 de diciembre de 2020, en donde desestimó las pretensiones de la demanda, absteniéndose de condenar en costas a los demandantes, como quiera que se encontraban amparados por pobres.

En tal dirección, al retomar el contenido de la providencia impugnada que negó las pretensiones del libelo introductorio del proceso, se acentúa que el argumento cardinal del juez a quo radicó en que no estaba demostrado un daño jurídicamente relevante que pudiera ser atribuido a un agente determinado, mediante un juicio de reproche culpabilístico, dando al traste con los elementos necesarios para la configuración de este tipo de responsabilidad, toda vez que el diagnóstico, procedimiento y tratamiento se dieron conforme a la *lex artis*, pues se tomaron las radiografías, se lavó la herida, se le suministró analgésico y se ordenó cita con especialista, siendo éste último acto idóneo para determinar el tratamiento a seguir, así mismo, las secuelas padecidas por la actora, según lo indicado por el experto, eran de normal ocurrencia en este tipo de fracturas.

Dicho colofón lo respaldó al abordar el estudio de la documental aportada al proceso, realizando un análisis temporal de las atenciones consignadas en la historia clínica, las cuales, según el dispensador de justicia, se dieron dentro del margen de las 24 horas siguientes al diagnóstico, además, conforme el testimonio del médico cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico a la paciente, dedujo que se dieron las condiciones necesarias para la proliferación de las bacterias en la herida y que, en últimas, no fue la infección la que afectó la movilidad de la mano

de la paciente, amén que la fractura intraarticular lleva ínsita esa consecuencia, por ende, la atención brindada fue oportuna y acorde al plan de atención requerido. Anotó el funcionario.

6. El recurso de apelación. Concedido el recurso de apelación en primera instancia, el mismo fue admitido por este Tribunal, seguidamente, de conformidad con el artículo 14 del decreto 806 de 2020 se otorgó el término de rigor para la sustentación, el cual recorrió la parte recurrente de la manera como pasa a compendiarse.

6.1. Que, si se realiza una valoración minuciosa de la historia clínica, podría evidenciarse que el tratamiento médico brindado a la demandante no fue conforme a la LEX ARTIS, pues no se le sometió a una cirugía en la brevedad posible y, lo que estuvo precedido de una falta de diagnóstico oportuno, siendo esto lo que en realidad desencadenó en la infección y posterior secuela de su miembro superior izquierdo y que no se reduce el daño y las secuelas exclusivamente al trauma de fractura intraarticular sufrido en el accidente de tránsito, como se dijo equivocadamente en la sentencia, sin dar cabida a la infección como la causante de las secuelas.

Agregó, que no puede hablarse de una total normalidad en el surgimiento del proceso infeccioso, en caso de heridas como las de María Jazmín, puesto que de aceptarse, conllevaría a indicar que todas las personas que padecen una fractura como la de María Jazmín cuentan con infecciones en la actualidad, o con secuelas, como las que tiene la pretensora, lo cual ciertamente no ocurre, y es por el simple hecho de que una herida como la de María Jazmín Agudelo Osorno, es una herida de urgencia que ameritaba una intervención no tardía, puesto que la postergación con un cierre de herida lógicamente puede traer, como consecuencia, el surgimiento de infecciones y daños como los ocurridos a la demandante.

Esbozados de esta manera los antecedentes que dieron lugar a la decisión recurrida, y las razones de disenso que sustentan la alzada, procede la Sala a desatar el recurso con fundamento en las siguientes,

II. CONSIDERACIONES

1. Los presupuestos procesales. Encuentra la Sala satisfechos los requisitos o presupuestos procesales para que pueda abordarse el estudio de la apelación interpuesta por la parte demandante, de igual manera, no se observa que en el transcurso del proceso se haya irrumpido en alguna causal de nulidad, además, se les ha permitido a los apoderados de las partes exponer las razones que los llevan a sustentar su tesis dentro del término de sustentación del recurso de apelación.

1.1. Salvedad preliminar frente a la congruencia de la sentencia. Por técnica del fallo, hemos de entender que el *thema decidendum* que se impone para impartir mérito al recurso de apelación, en general, pasa por establecer los eventuales daños ocasionados por una **deficiente atención** concretada en la indebida interpretación de los síntomas (diagnóstico no conclusivo) que presentaba la paciente al momento de su ingreso al servicio de urgencias del Hospital Pablo Tobón Uribe con una fractura abierta, omitiéndose así tratamiento urgente –según la demandante-, lo cual facilitó un proceso infeccioso bacteriano en la herida que, finalmente, desencadenó en la complicación de la movilidad del tercer dedo de la mano izquierda.

Y no es que el juez se haya desviado en su sentencia del camino de la contienda planteada en la demanda, pues siempre aterrizó en que el daño o secuelas con que resultó la paciente era una consecuencia lógica de la lesión que sufrió y nunca fue debido a la infección bacteriana, posición que no comparte el apelante, pero que, por manera alguna tipifica un descamino del *thema decidendum* o una irrupción en el vicio de la incongruencia.

2. De la responsabilidad civil médica. En términos generales, para que se configure una responsabilidad civil, en su modalidad de contractual o extracontractual, aparte de la prueba del contrato para la primera, deben reunirse tres requisitos esenciales para ambas, como son: el daño antijurídico, el hecho culposo y el nexo de causalidad.

Dichos elementos no son ajenos a la responsabilidad médica, sino que, por el contrario, requieren concurrir, para que tenga cabida la obligación de indemnizar, junto con el contrato de salud, en los casos en que haya mediado uno, surgiendo para el personal médico, el deber de poner al servicio de su paciente-contratante, todos sus conocimientos científicos y las técnicas para restablecer su salud, dentro de lo cual se comprende el utilizar los equipos e instrumentos adecuados para un correcto diagnóstico y posterior tratamiento de la enfermedad, elaborar correcta y pormenorizadamente la historia clínica, todas las cuales, son obligaciones de la naturaleza del contrato que no requiere cláusula escrita.

3. El nexo de causalidad, como elemento indispensable de toda responsabilidad. Dentro de los elementos inveterados e inexcusables de la responsabilidad civil, se destaca la relación de causalidad entre: el hecho o la omisión del sujeto a quien se le imputa la ilicitud, y el daño antijurídico, que, concurriendo, dan origen a la responsabilidad civil.

Ahora, para que tenga cabida la causalidad o no quede duda de su existencia, la conducta del demandado, activa u omisiva, debe haber sido la causa adecuada y eficiente para la producción del daño cuya reparación se solicita, memorando, que solo es causa del daño: la condición que, según el curso natural y ordinario de las cosas, es idónea para producir un resultado, añadiendo, que tal y como lo señala la autora española CECILIA WEINGARTEN, en el ámbito médico:

“...la conexión causal entre una acción y un determinado resultado debe ser establecido con arreglo a criterios científicos. Dada la índole de las cuestiones que se dilucidan y las características del hecho generador del daño, únicamente es la ciencia médica la que puede verificar si un hecho puede producir regular y normalmente y conforme el curso científico causal, un determinado resultado. Sólo la ciencia legitimará la comprobación de un curso causal que desde el antecedente lleve al consecuente...”

“...Ese contenido específico de la medicina impone que el “hacer” profesional del médico se integre con los métodos, técnicas y procedimientos establecidos por la ciencia médica, desarrollando una conducta acorde con la misma, sin perjuicio de la discrecionalidad científica que le permite optar entre distintas alternativas que la medicina admite, conforme el desarrollo científico progresivo ...”

“... De allí que el médico solo satisface (cumple jurídicamente) su prestación, mediante una actividad técnica y científicamente adecuada, que normal y ordinariamente pueda conducir a cierto resultado, aunque este no pueda garantizarse...”

“...Si el médico actúa conforme a un criterio de discrecionalidad científica, optando por alguna de las variables objetivamente idóneas de acuerdo a las reglas de la medicina y conforme a la adecuación de las circunstancias en concreto, no introduce causalidad alguna para la producción del daño...”¹

4. Derecho al diagnóstico. En cuanto la atención adecuada del paciente, no puede pasarse por alto -ya sea el paciente quien busque al médico o que le sea asignado por el sistema de salud-, que a partir de ese primer contacto, si el médico acepta el contrato, queda obligado primeramente a someter al enfermo a una completa anamnesis, esto es, debe auscultar todos los antecedentes de salud y los síntomas actuales que le sirvan para evaluar el caso, pasando a interrogarlo sobre sus dolencias, escribirlas en la historia clínica y de ahí proseguir con un examen clínico o a través de los sentidos, como, por ejemplo, frente a un trauma contuso en la mano o los dedos propios de la mano, procurar pedir al paciente el movimiento para advertir la dificultad del movimiento contractil y extensor que llevan a sugerir una fractura -como aquí sucedió-, pero sólo si el médico estima -de acuerdo con la ciencia médica-, que requiere de exámenes diagnósticos, deberá ordenarlos (aquí se ordenaron rayos “X” y, luego cultivos para determinar la naturaleza de la infección) y, luego de esos resultados, producir un diagnóstico, que puede ser provisional, sin importar que finalmente resulte certero o no.

Hasta aquí podemos concluir, que primeramente existe una valoración inicial o diagnóstico del médico, que no necesariamente es definitiva, pues a partir de ese primer diagnóstico empieza una planeación estratégica para tratar la enfermedad provisionalmente diagnosticada, y luego de una observación, el médico podrá, hacia el futuro, según la evolución positiva o negativa del paciente, mantener el diagnóstico y el tratamiento o replantearlos, ordenando nuevos exámenes para acercarse a la causa real de la enfermedad, lo que explica por qué desde el primer momento el diagnóstico puede no ser acertado y eso no conlleva *per se* a un error médico que pueda responsabilizar al galeno, a quien sólo se le exige que -de

¹. WEINGARTEN Cecilia. Revista de Responsabilidad Civil y del Estado No. 5 de julio de 1998.

acuerdo con los síntomas y evidencias de una posible enfermedad que presenta el paciente-, le preste la atención debida, examinándolo exhaustivamente, para luego, si la ciencia médica o la *lex artis* se lo exige, ordenarle los exámenes diagnósticos que sean obligados o mandatorios para el descubrimiento de la enfermedad, que le permitan al galeno hacer un diagnóstico correcto desde el punto de vista médico y así poder fijar un tratamiento adecuado con la enfermedad padecida.

De acuerdo con lo anterior, no es que frente a cualquier manifestación de dolor de un paciente el médico quede obligado a practicarle y ordenarle todas las ayudas diagnósticas que la ciencia médica ofrece como útiles para el diagnóstico de la enfermedad, pues, su deber está sólo en ordenar aquellas que sean necesarias o mandatorias para el caso en particular, ya sea para desatar la duda que surja frente a un cuadro clínico confuso o difuso, pues se trata de brindar una atención que resulte adecuada y suficiente para el caso, sin que al galeno pueda exigírsele que vaya más allá, ofreciendo procedimientos ya sean experimentales o que no se hacen indispensables o necesarios de acuerdo con el arte medical.

Y es que no es un secreto el desafío que presenta cada día la ciencia médica a los profesionales que la practican; por consiguiente, al médico no puede exigírsele que emita un diagnóstico certero, sino que de acuerdo con la ciencia médica, lo que siempre deberá exigírsele es que haga un diagnóstico correcto, esto es, que su diagnosis sea adecuada y esté acorde con los síntomas que el paciente presentaba en el momento de ser examinado, y cuando sea el caso, ayudándose de los resultados que los exámenes diagnósticos arrojen, puesto que en uno y otro caso, esto es, frente al diagnóstico meramente clínico o al diagnóstico prevalido de otros exámenes, siempre habrá la posibilidad de errar, de ahí que un diagnóstico errado no pueda conllevar -de buenas a primeras-, a la responsabilidad galénica; justificándose, que en ese tipo de responsabilidad, se exija la culpa probada, pues si todos los pacientes no suelen presentar los mismos síntomas o reaccionar de la misma manera, ni dentro del mismo tiempo frente a la misma enfermedad, luego, de esos hechos podría seguirse una equivocidad diagnóstica inicial o un diagnóstico tardío, por lo que hay razón en exigir que la responsabilidad culpable del médico se deba mirar desde el punto de vista de la ciencia médica, no para

averiguar si finalmente fue acertado o certero en el diagnóstico, sino para averiguar si para llegar al diagnóstico el médico respetó los protocolos o pasos que la ciencia médica exige, claro está, teniendo en cuenta los síntomas percibidos en el paciente en el momento de su valoración clínica, independientemente de que finalmente el diagnóstico haya sido acertado y eficaz o no, pues en la cuenta del médico no puede cargarse el álea que implica la particular manifestación de la enfermedad de cada persona, y por eso no se equivocan quienes sostienen que **“no existen enfermedades sino enfermos”**, lo que conlleva a que todos los seres humanos no reaccionemos del mismo modo frente a la misma enfermedad.

En conclusión, esa equivocidad de los síntomas que se hacen tan variados y difusos, inclusive para la misma enfermedad, es lo que dificulta o no permite desde un comienzo un diagnóstico acertado, lo que conlleva a que siempre deba demostrarse una negligencia o impericia del médico, para que realmente pueda predicarse de él una culpa en el diagnóstico. Así lo ha admitido la Corte en la sentencia del 26 de noviembre de 2010, expediente No.11001 3103 013 1999 08667 01, con ponencia de Pedro Octavio Munar Cadena, de la cual se destaca:

*“2.2.1. El **diagnóstico** está constituido por el conjunto de actos enderezados a determinar la naturaleza y trascendencia de la enfermedad padecida por el paciente, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, de cuya ejecución dependerá la recuperación de la salud, según las particulares condiciones de aquel. Esta fase de la intervención del profesional suele comprender la exploración y la auscultación del enfermo y, en general la labor de elaborar cuidadosamente la “anamnesis”, vale decir, la recopilación de datos clínicos del paciente que sean relevantes.*

*Trátase, ciertamente, de una tarea compleja, en la que el médico debe afrontar distintas dificultades, como las derivadas de la diversidad o similitud de síntomas y patologías, la atipicidad e inespecificidad de las manifestaciones sintomáticas, la prohibición de someter al paciente a riesgos innecesarios, sin olvidar las políticas de gasto adoptadas por los órganos administradores del servicio. Así, por ejemplo, la variedad de procesos patológicos y de síntomas (análogos, comunes o insólitos), difíciles de interpretar, pueden comportar varias impresiones diagnósticas que se presentan como posibles, circunstancias que, sin duda, complican la labor del médico, motivo por el cual para efectos de establecer su culpabilidad se impone evaluar, en cada caso concreto, si aquel agotó los procedimientos que la *lex artis ad hoc* recomienda para acertar en él.*

*En todo caso, sobre el punto, la Corte debe asentar una reflexión cardinal consistente en que será el **error culposo** en el que aquel incurra en el diagnóstico el que comprometerá su responsabilidad; vale decir, que como la ciencia médica ni quienes la ejercen son infalibles, ni cosa tal puede exigírseles, sólo los yerros derivados de la imprudencia, impericia, ligereza o del descuido de los galenos darán lugar a imponerles*

la obligación de reparar los daños que con un equivocada diagnosis ocasionen. Así ocurrirá, y esto se dice a manera simplemente ejemplificativa, cuando su parecer u opinión errada obedeció a defectos de actualización respecto del estado del arte de la profesión o la especialización, o porque no auscultaron correctamente al paciente, o porque se abstuvieron de ordenar los exámenes o monitoreos recomendables, teniendo en consideración las circunstancias del caso, entre otras hipótesis. En fin, comprometen su responsabilidad cuando, por ejemplo, emitan una impresión diagnóstica que otro profesional de su misma especialidad no habría acogido, o cuando no se apoyaron, estando en la posibilidad de hacerlo, en los exámenes que ordinariamente deben practicarse para auscultar la causa del cuadro clínico, o si tratándose de un caso que demanda el conocimiento de otros especialistas omiten interconsultarlo, o cuando, sin justificación valedera, dejan de acudir al uso de todos los recursos brindados por la ciencia.

Por el contrario, aquellos errores inculpables que se originan en la equivocidad o ambigüedad de la situación del paciente, o las derivadas de las reacciones imprevisibles de su organismo, o en la manifestación tardía o incierta de los síntomas, entre muchas otras, que pueden calificarse como aleas de la medicina no comprometen su responsabilidad.

Por supuesto que esto coloca al juez ante un singular apremio, consistente en diferenciar el error culposo del que no lo es, pero tal problema es superable acudiendo a la apreciación de los medios utilizados para obtener el diagnóstico, a la determinación de la negligencia en la que hubiese incurrido en la valoración de los síntomas; en la equivocación que cometa en aquellos casos, no pocos, ciertamente, en los que, dadas las características de la sintomatología, era exigible exactitud en el diagnóstico, o cuando la ayuda diagnóstica arrojaba la suficiente certeza. De manera, pues, que el meollo del asunto es determinar cuáles recursos habría empleado un médico prudente y diligente para dar una certera diagnosis, y si ellos fueron o no aprovechados, y en este último caso porque no lo fueron.

En todo caso, y esto hay que subrayarlo, ese error debe juzgarse ex ante, es decir, atendiendo las circunstancias que en su momento afrontó el médico, pues es lógico que superadas las dificultades y miradas las cosas retrospectivamente en función de un resultado ya conocido, parezca fácil haber emitido un acertado diagnóstico.”.

5. Caso concreto. Para resolver el presente asunto hay que despejar sin duda dos interrogantes que se complementan y ellos son: **i)** ¿Existe prueba irrefutable de que la demandante adquirió la bacteria que la infectó durante la atención en el Hospital Pablo Tobón Uribe? Resuelto el anterior interrogante viene un segundo y trascendental problema jurídico que se condensa en el otro interrogante ¿fue la infección bacteriana sufrida por la paciente la causa o concausa del daño que finalmente sufrió como secuela en los dedos de su mano izquierda? Para contestar a esas preguntas se procede como sigue:

Los hechos que relucen de la historia clínica dan cuenta que la señora María Jazmín Agudelo Osorno a su ingreso a urgencias del Hospital Pablo Tobón Uribe al examen físico se le “...encontró mano izquierda con edema y limitación funcional en articulación interfalángica proximal de tercera y cuarta falange, edema doloroso en tercer y cuarto dedo. Escoriación con leve sangrado en dorso de tercer dedo (...) se le realizaron RX con las cuales se diagnosticó fractura de la base de la

*falange media del cuarto dedo, discreto desplazamiento en sentido ulnar del fragmento distal, en 2 mm, fractura de la base de la falange proximal del tercer dedo de la mano izquierda, impactada, no desplazada, ambos trazos de fractura con compromiso intraarticular. **Se realizó curación de heridas, se inmovilizó mano izquierda con ferula de burkhaler ...**” (cfr. fl 47).*

Según puede observarse, el tratamiento previsto por la médica general fue el siguiente: se inició con un lavado de las heridas y su curación, se recetó medicamentos antiinflamatorios y analgésicos (diclofenaco y acetaminofén), indicándole los respectivos signos de alarma “...**y se dio de alta para valoración por cirugía plástica...**”, procedimiento y tratamiento indicados en los protocolos para estos casos, según la *lex artis*, de acuerdo con el dictamen pericial presentado por el Doctor Alberto Kurzer Schall, médico especialista en cirugía plástica de mano y maxilofacial, catedrático y perito del CENDES y de la Universidad de Antioquia desde el año de 1979, quien entre otras situaciones, señaló que la decisión de clasificar la paciente en Triage III “...**fue acertada por cuanto requería ayudas diagnósticas (radiología) para determinar si existía fractura, pero no existía una condición clínica que pusiera en riesgo su vida...**” y, refiriéndose al protocolo de atención **exigido para ese momento de la atención en urgencias**, explica que “...*la médica interna Laura Carolina Restrepo Carvajal al examen físico de las extremidades, encontró “edema y limitación funcional en articulación interfalángica proximal de tercera falange de la mano izquierda, equimosis en art MTF de tercer dedo de la misma mano”. En la revisión física la auxiliar de enfermería Natalia Yepes Escobar encontró “escoriación, edema” y la doctora Yeliana Mailin Valencia Gómez observó edema, limitación funcional y escoriación con leve sangrado. **Ninguno de los signos anteriores sugiere la presencia de un proceso infeccioso a nivel de los tejidos blando o del hueso...**”.*

No obstante lo anterior, la paciente, el día siguiente, 28 de agosto, volvió al hospital pasado el meridiano, para la valoración programada por la médica general que le había dado de alta en la madrugada de ese mismo día, siendo inmediatamente atendida por el cirujano Dr. Álvaro Ruiz Cuervo, especialista quien diagnosticó absceso en la herida y la hospitalizó con sospecha de artritis séptica vs osteomielitis aguda de la IFP del 3er dedo, seguidamente, la programó para lavado y toma de muestras, posteriormente, fue intervenida por el cirujano Andrés Felipe Pineda, quien confirmó hallazgos de fractura, lesión del extensor y daño articular, pasó a

realizarle lavado, desbridamiento, toma de muestras para cultivo debido a la no especificación de la bacteria.

De esta manera, al reevaluarse cronológicamente las anotaciones de los actos médicos vertidos en la historia clínica, para la Sala el proceso infeccioso generado en la fractura intra-articular de la mano izquierda de la señora María Jazmín Agudelo Osorno, es un hecho probado, así lo reporta dicha documental que consigna para el 06 de septiembre la presencia de una infección generada por bacterias de “*enterococcus casseliflavus, aeromonas hydrophila y Escherichia Choly*”; sin embargo, cumple destacar que la literatura hipocrática disponible en el mundo cibernético es pacífica en señalar que, en determinada herida o trauma abierto, siempre vaya a existir un riesgo de infección o contaminación de tejidos, pues “...*las fracturas abiertas se caracterizan por la pérdida de la continuidad ósea y la exposición del foco de fractura con el medio externo, situación que las hace especialmente vulnerables a procesos infecciosos y múltiples complicaciones. La mayoría de fracturas abiertas son causadas por traumatismos de alta energía (...) Se clasifican según el mecanismo de lesión, la gravedad de lesión de los tejidos blandos, la configuración de la fractura y el grado de contaminación (...) Los objetivos principales del tratamiento son prevenir la infección, estabilizar la fractura, conseguir la consolidación y restaurar la función; para ello es indispensable la instauración de una profilaxis antibiótica y un manejo adecuado de los tejidos blandos...”²*

En esa misma línea, el experto traído por el Hospital demandado al dar respuesta a la pregunta 7 en el dictamen, explica: “...*la frecuencia de infecciones asociadas a fracturas abiertas de mano depende de la publicación que se lea, pero en general oscila alrededor del 11% (...) Hay tres elementos esenciales comunes a toda infección: medio ambiente, agente etiológico y huésped. Un medio ambiente demasiado contaminado donde pueden existir microorganismos resistentes es un factor que se debe tener en cuenta al igual que el trauma exagerado de los tejidos en el momento del accidente o durante la intervención quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, el uso excesivo de suturas, y la aparición de hematomas. También se debe considerar factores relacionados con el paciente, tales como: edad, enfermedades coexistentes, disminución de los mecanismos de defensa y utilización de drogas que pueden alterar el sistema inmunológico (...) una herida puede contaminarse por microorganismos del ambiente, por*

² Revista Médica Sinergia. Vol. 5 num. 4. Manejo de Fracturas Abiertas. Dr. Marco Brenes Méndez Investigador independiente, San José, Costa Rica Médico general y Cirujano, graduado de la Universidad Autónoma de Centro América (UACA)

bacterias que colonizan la piel y son flora sapófrita (normal) que no produce infecciones pero en una herida se pueden reproducir y producirlas, o la infección puede venir de dentro del organismo de la flora intestinal, por ejemplo. La probabilidad de infección es directamente proporcional a la dosis de la bacteria y su virulencia, e inversamente proporcional a la resistencia del huésped. (...) el trauma es un factor de riesgo por cuanto altera los tejidos produciendo inflamación, heridas superficiales o profundas y afecta la irrigación sanguínea local...”

Luego, entonces, según lo ha explicado el perito médico y con apoyo en la literatura científica especializada, en ese tipo de lesiones con heridas abiertas siempre existirá el riesgo de una sepsis, aunque se tomen todas las precauciones que la *lex artis* aconseja, lo que, además, según el citado dictamen, deja en claro el testimonio del Cirujano Andrés Felipe Pineda Restrepo, quien operó a la paciente y explicó en forma contundente que la infección de una herida es un riesgo inherente en cualquier politraumatismo, por la simple exposición de los tejidos al medio ambiente, a lo que se debe sumar una gran dificultad de saber en qué medio ambiente se contrajo la infección (si durante el transporte urbano, en casa, en la calle o en el nosocomio), lo que hace una tarea bien difícil adjudicar de buenas a primeras una culpa médica en la atención del paciente, máxime cuando la señora fue atendida de inmediato y dada de alta, por lo que la infección bien pudo adquirirla fuera del hospital.

5.1. Ahora, es verdad que se le dio salida a la paciente con la herida abierta, pero también lo es que, según se consignó en la historia clínica, para ese momento la misma no presentaba signos de infección y que el dejar la herida abierta es un procedimiento indicado mientras recibe la atención del especialista, para ello, precisamente, es que se deben hacer las curaciones durante ese tiempo para evitar la infección, como en efecto lo hizo la médica general que la atendió en urgencias.

Y como lo advirtió el experto en medicina, en un evento de fracturas abiertas siempre existirá el riesgo de infección en un 11%, al tiempo que el mismo perito fue certero y asertivo en señalar que aquí se actuó por parte del personal médico conforme a la *lex artis*; por consiguiente, no se puede predicar una responsabilidad de los demandados por el simple hecho de que haya resultado la paciente con una infección bacteriana cuando tan siquiera se sabe en qué ambiente la adquirió.

Pero, independientemente de que la bacteria que produjo la infección haya provenido del propio cuerpo de la paciente, de su domicilio cuando fue dada de alta, o del ambiente del centro hospitalario, lo cierto es que sea cual sea su origen, el riesgo siempre iba existir, y lo importante para atribuirle responsabilidad a los médicos, las IPS y las EPS, no es que el riesgo de infección se haya materializado, sino que debía demostrarse que no sólo dicha infección ocurrió dentro del nosocomio durante la primera atención o las subsiguientes, sino que, además, se haya incurrido en una conducta culposa en el Pablo Tobón, como que para las calendas de la atención se hubiere demostrado una falta de sepsis o una virulencia generalizada de ese tipo de bacterias sin control alguno, descuido que no se advierte haya ocurrido y por eso se hace imposible asegurar que esas hayan sido las causas de la infección bacteriana, pero aún que así fuere, aquí no se reclama como daño simplemente la infección bacteriana, sino que esa fue la causa subsiguiente de la complicación en la estructura funcional del tercer dedo de la mano izquierda de la paciente, haciéndose necesario pasar a resolver el segundo interrogante atrás planteado, como más adelante se hará.

Ha de advertirse, entonces, que en el texto de la demanda, ni por asomo se toca el punto referente a un simple daño pasajero o provisional, con vengero en una falla en la atención anclada en la proliferación de una infección durante el tiempo que fue atendida y permaneció en el hospital la señora María Jazmín Agudelo Osorno, sin importar las secuelas con las que finalmente resultó, esto es, que se esté reclamando simplemente la indemnización por el presunto contagio nosocomial y nada más; sin embargo, aún de haber sido así, según se vio, la ciencia médica no descarta la etiología de un proceso infeccioso proveniente de causas atribuibles al propio paciente, dando por descontado que la infección puede tener un periodo de incubación, que varía de un caso a otro y, entonces, así las cosas, cómo concluir con alta probabilidad, que la infección se generó por falta de asepsia en el nosocomio demandado y así atribuirle la responsabilidad en la infección al hospital Pablo Tobón? Recuérdese que la paciente tuvo heridas abiertas que estuvieron expuestas a varios agentes contaminantes desde el mismo momento en que resultó herida, pasando por su movilización a la Clínica hasta que regresó en horas de la tarde, entonces ¿cómo descartar que no contrajo la infección bacteriana durante el itinerario transcurrido cuando fue dada de alta y viajó de ida y regreso a su casa?

5.2. Es que a no dudarlo, lo que reprocha la parte demandante y, en lo que en este segundo grado de conocimiento fundamenta su recurso, es que **i)** al ser valorada por la galena tratante Yeliana Mailin Valencia, se incumplió ese deber que le imponía la *lex artis* o buen hacer médico, de no prever en forma oportuna y certera el surgimiento de un proceso infeccioso en la fractura abierta que presentaba la paciente María Jazmín Agudelo Osorno a su ingreso al servicio urgencias el pasado 27 de agosto de 2017 siendo las 12:24 a.m., de donde ella misma deduce caprichosamente que esa fue la causa que desencadenó y produjo las secuelas que conllevaron a la inmovilización de la articulación del tercer dedo o dedo del medio de la mano izquierda de la paciente, casi que sin contar con el accidente en sí que le produjo la fractura abierta.

5.3. A partir de este planteamiento exteriorizado por la actora, refulge el interrogante que genera el vértice de la presente controversia ¿Cómo determinar que la causa de la complicación en la estructura funcional del tercer dedo de la mano izquierda de la señora María Jazmín Agudelo Osorno, se generó a partir del proceso infeccioso mismo y que nunca tuvo su venero en la fractura intra-articular que sufrió la paciente?

Véase cómo la experticia emitida por el médico especialista en la Cirugía de Mano, de modo alguno señala o admite la posibilidad que la afección en la movilidad de la señora Agudelo Osorno haya sido causa del proceso infeccioso en la herida que vino a presentar luego de la lesión y, por el contrario, se encamina sugerir -aunque de forma escueta-, **que al momento de contraer la infección hay que tener en cuenta el trauma exagerado de los tejidos**, tópicos que de todas maneras no son concebidos como el móvil eficiente de las secuelas funcionales sufridas por la paciente, porque al recabar sobre el particular, se observa en la historia clínica, que inicialmente se inició el tratamiento con antibiótico empírico, (esperando los resultados del cultivo y del antibiograma) cefazolina 2 gr. IV cada 8 horas, el cual a decir del experto “...este es un antibiótico de amplio espectro (ataca diferentes gérmenes) con acción bactericida indicado para manejo inicial antes de que se identifique el germen, en infecciones...” Pero no se olvide que una vez se conocieron los resultados del cultivo, el cual arrojó presencia de bacterias como: “...enterococcus casseliflavus, aeromonas hydrophila y Escherichia Choly...”, se

suspendió la cefazolina y se solicitó evaluación por infectología que recomendó ciprofloxacina durante 10 días para combatir la infección en los tejidos blandos y se ordenó adicionar ampicilina y sulbactam durante 6 semanas para combatir la infección ósea.

Entonces, la paciente tampoco estuvo mal formulada, pues como se infiere de la explicación del experto, los antibióticos también se pueden formular con fundamento en la experiencia de los galenos, siendo esta la conducta inicial y, con toda razón, ya que es imposible contar desde un primer momento con los resultados de un antibiograma o de un cultivo que señale cuáles son los antibióticos indicados para un buen tratamiento de la infección bacteriana. Además, tampoco se probó que los antibióticos formulados no fueran eficaces contra la bacteria o agente que en el caso particular infectó la herida de la señora Agudelo Osorno, pues, por el contrario, la ciprofloxacina durante 10 días para combatir la infección en los tejidos blandos y la ampicilina y sulbactam durante 6 semanas, no sólo son sino que resultaron eficaces contra las bacterias contraídas, ya que el antibiograma indica que los gérmenes son resistentes solamente frente a la *vancomicina*, prueba de ello, es la mejoría que presentó durante el tratamiento que permitió controlar la bacteria, hasta que se le dio de alta el 11 de septiembre, con manejo de amoxicilina/ac clavulánico 1gr cada 12 horas hasta completar 6 semanas, siguiendo la recomendación del infectólogo Franco Eduardo Montefar Andrade (cfr. fl. 107).

Lo anterior traduce que no existe una prueba médico científica sobre la causalidad que pudo tener las infecciones en tejidos blandos y en los huesos sobre la salud de la mano izquierda de la paciente y, mucho menos, cómo pudo influir en el resultado final de la pérdida de movilidad y desviación del tercer dedo de ese miembro.

Es que si bien se admite que al sufrir heridas abiertas secundarias a politraumatismo con fractura en el tercer y cuarto dedo de la mano izquierda y un sangrado leve, se hace entendible la actitud de la paciente en exigir una atención pronta, ante la angustiante espera de la valoración por cirugía de mano, pero de ahí, a pasar concluir que, de haberse iniciado desde ese momento un tratamiento que impidiera el avance de una infección, muy seguramente habría evitado la

pérdida articular en el 90% del tercer dedo de su mano izquierda, resulta ser un mero juicio conjetural o empírico emitido por personas carentes de conocimientos médicos científicos sin ninguna base fáctica, conclusión a la que sólo habría sido posible llegar pero a través de **todo un debate y conclusión científica por medio de la prueba pericial que aquí no se presentó**, sin que sea posible asumir siquiera el debate a través de la prueba indirecta o indiciaria, pues no existen hechos reveladores que así lo permitan.

Tampoco puede olvidarse que aquí la paciente siempre tuvo un mal pronóstico funcional debido a que, según los resultados de imagenología, “...**ambos trazos de fractura demuestran compromiso articular...**”. Sobre el punto, el experto compartió el siguiente texto: *las fracturas intra-articulares siempre son de mal pronóstico. Siempre existe límite bien definido en lo que puede obtenerse en el tratamiento de las articulaciones y es mejor tratar de conseguir un dedo estable en una posición funcional que luchar para obtener una reducción anatómica completa. Se le debe advertir al paciente que será inevitable la aparición de una artritis degenerativa y se le debe preparar para que acepte con agradecimiento cualquier rango de movimiento que pueda obtenerse...*”

5.4. La tarea de la demandante, entonces, a voces del artículo 167 del C. G. del P., (según se explicó *ut supra* num. 3) era valerse de un concepto **científico** que diera luces al estrado debido a la inopia de su conocimiento clínico, respecto de las **implicaciones que esa infección bacteriana cobró en la articulación incluyendo el tendón extensor del tercer dedo del medio de la mano izquierda, distinguiéndola de su lógica y científica asociación con la fractura con afectación intra-articular sufrida**, en los términos establecidos en la especialidad de traumatología y cirugía de mano, prueba de la causalidad que brilla por su ausencia en el presente proceso y, que tampoco es posible asumir desde el punto de vista de la prueba indiciaria, porque no hay pautas en la historia clínica que permitan ver cómo las huellas de la infección pudieron haber ocasionado una afectación funcional, al punto de haber podido desencadenar en la pérdida de movilidad que padece la paciente demandante en el dedo medio de su miembro superior izquierdo, siendo que, a partir del tratamiento con antibióticos de alto espectro fue presentando mejoría, al punto, se itera, pudo controlarse la infección,

lo que permitió darle de alta por control de la infección, de modo que no es posible que el Tribunal se arroge facultades científicas para llegar a conclusiones de responsabilidad que la prueba no refleja.

El funcionario de primera instancia se enfrentó al mismo panorama probatorio, por eso decretó la prueba dirigida a la Facultad de Medicina de la Corporación Universitaria Remington de esta ciudad, para efectos de que designaran un experto médico que dilucidara las causas y consecuencias del padecimiento funcional de la actora María Jazmín Agudelo Osorno (cfr. fl 586), no obstante, la prueba no fue diligenciada de forma oportuna por el profesional del derecho de la parte demandante, quien tan siquiera acudió a retirar el oficio dirigido a la entidad, motivo por el cual le fue negada la prueba mediante providencia del 31 de octubre de 2019, habiendo recurrido en reposición, recurso que le fue resuelto de forma desfavorable, con las consecuencias que ello conlleva.

5.5. Así, entonces, no puede declararse civilmente responsable a la entidad hospitalaria demandada en el servicio general de cirugía de mano e infectología y tampoco por omisión o retardo en la atención, pues, a más que transcurrieron menos de 24 horas entre el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico y desde antes de ese lapso de tiempo ya se había iniciado el tratamiento antibiótico en la paciente, según lo observado a lo largo del análisis de la instrucción del proceso y teniendo en cuenta lo plasmado en la historia clínica, recibió el tratamiento compatible con el antibiograma, ergo, puede concluirse que tanto el grupo interdisciplinario de profesionales que atendieron a la paciente, como el nosocomio demandado, cumplieron cabalmente con sus obligaciones contractuales.

De igual forma, aunque hubiere resultado demostrado el daño por el dolor y sufrimiento, la angustia que dice sufrieron los padres de la actora, quienes son de una edad muy avanzada, al ver que su hija perdió la funcionalidad del tercer dedo de la mano izquierda, a lo que se suma el tratamiento largo y penoso de la fractura, tampoco son circunstancias que puedan tomarse como estribo suficiente para edificar la responsabilidad médica reclamada. De ahí que corresponde al tribunal confirmar la sentencia acusada y así se declarará, pero sin condena en costas por el amparo de pobreza que protege a la parte demandante.

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

II. FALLA

PRIMERO: SE CONFIRMA el fallo proferido por el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín, el día 01 de diciembre de 2020, dentro de la presente acción de responsabilidad médica, ello, de conformidad con las consideraciones en que está sustentada la presente providencia.

SEGUNDO: Sin lugar a condena en costas de segunda instancia, comoquiera que los demandantes se encuentran cobijados con el amparo de pobreza.

TERCERO: Cumplida la ritualidad secretarial de rigor, devuélvase el expediente al Juzgado de origen

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE, DEVUÉLVASE Y CÚMPLASE,



JULIÁN VALENCIA CASTAÑO
Magistrado



PIEDAD CECILIA VÉLEZ GAVIRIA
Magistrada



JUAN CARLOS SOSA LONDOÑO
Magistrado